N° 48

ÉTUDE HISTOLOGIQUE ET CLINIQUE

DU CARCINOME STOMACAL

ET DE SES RAPPORTS

AVEC LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

LE 12 AOUT 1885

PAR

Marius BONNET

Né le 19 juin 1862, à Romans (Drôme)

LAURÉAT DE LA FACULTÉ DE MONTPELLIER (1881 ET 1882)
ET DES CONCOURS DES BOURSES DES FACULTÉS DE MÉDECINE (1881-82-83)
EX-INTERNE DES HOPITAUX DE NIMES (CONCOURS 1884)
ANCIEN AIDE DE PHYSIQUE A LA FACULTÉ (CONCOURS 1881)

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET CABIROU FRÈRES
RUES DURAND ET LEVAT

1885

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN..... DOYEN
GRASSET..... } ASSESSEURS
LANNEGRACE..... }

PROFESSEURS

Clinique médicale	DUPRÉ (✵ C. ✠).
Anatomie	BENOIT (✵ ✠).
Clinique médicale	COMBAL (✵ ✠).
Clinique des maladies mentales et nerveuses	CAVALIER (✵).
Physique médicale	MOITESSIER (✵).
Anatomie pathologique et histologie	ESTOR.
Médecine légale et toxicologie	JAUMES.
Clinique chirurgicale	DUBRUEIL (✵).
Chimie médicale et Pharmacie	ENGEL.
Hygiène	BERTIN-SANS.
Pathologie interne	CASTAN.
Thérapeutique et Matière médicale	GRASSET.
Botanique et Histoire naturelle médicale	PLANCHON (✵ ✠).
Physiologie	LANNEGRACE.
Clinique obstétricale et gynécologie	L. DUMAS.
Clinique chirurgicale Chargé du cours,	SERRE.
Opérations et appareils id.	CHALOT.
Pathologie externe	N...

Doyen honoraire : M. BENOIT (O. ✵ ✠).
Professeurs honoraires : MARTINS (O. ✵), COURTY (✵), DUMAS (✵).

CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUES ANNEXES

Clinique des maladies des enfants	MM. BATLLE.
Clinique des maladies syphilit. et cutan.	GAYRAUD
Clinique des maladies des vieillards.	HAMELIN (✵).

AGRÉGÉS

MESSIEURS	MESSIEURS
JACQUEMET.	MOSSÉ (✵).
GRYNFELTT.	REGIMBEAU (✵).
DE GIRARD.	TÉDENAT.
SERRE.	BLAISE
CARRIEU.	BAUMEL.
MAIRET.	VILLE
CHALOT.	GRANEL.
BIMAR.	

M. F.-J. BLAISE, *Secrétaire*.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. ESTOR, *Président ;*
CASTAN, *Professeur ;*
CARRIEU } *Agrégés.*
BAUMEL }

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON GRAND-PÈRE ET A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A TOUS MES PARENTS

M. BONNET.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le professeur ESTOR

M. BONNET.

A M. le professeur CASTAN

DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A M. le professeur COMBAL

A MON CHER MAITRE

M. le professeur-agrégé CARRIEU

A MM. LES PROFESSEURS-AGRÉGÉS

MOSSÉ, VILLE, BAUMEL

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE NIMES

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

M. BONNET.

A mes Collègues d'internat

A mes Collègues d'adjuvat

A TOUS MES AMIS

M. BONNET.

INTRODUCTION

La question que nous nous proposons de traiter n'est pas nouvelle : bien des ouvrages et des mémoires ont été publiés depuis quatre-vingts ans sur ce sujet. Lebert, Brinton, ont décrit magistralement le cancer de l'estomac.

Cependant, malgré le nombre considérable des travaux entrepris sur cette maladie, beaucoup de points restent encore en suspens : l'anatomie pathologique, l'étiologie, la symptomatologie, le diagnostic, etc., nécessitent encore de patientes recherches. Les rapports du carcinome stomacal avec les autres diathèses, la tuberculose particulièrement, ont suscité de longues discussions parmi les savants de notre siècle. C'est une partie de la pathologie qui mérite une étude spéciale.

Nous venons, en outre, d'assister, dans le service de nos Maîtres aux hôpitaux de Nimes, les D[rs] Carcasonne et Puech, à l'évolution anormale d'un cancer de l'estomac. Ce carcinome a présenté d'abord les signes de la gastrite chronique et ensuite les symptômes de l'ulcère rond ; il est devenu complètement latent pendant le développement de la tuberculose pulmonaire.

Aussi croyons-nous faire une œuvre utile en étudiant le cancer de l'estomac, surtout au point de vue de son processus histologique, de ses causes, de son diagnostic et de ses relations avec la phthisie.

Nous diviserons notre travail en deux parties. Dans la première nous ferons l'étude anatomo-pathologique et clinique du carcinome.

Contrairement à l'usage, nous placerons dans le chapitre Ier notre observation, parce que nous serons souvent obligé de nous appuyer sur les données qu'elle nous fournit.

Dans le chapitre II, nous traiterons l'historique et la fréquence du cancer de l'estomac.

Dans le chapitre III, nous exposerons l'anatomie pathologique.

Dans le chapitre IV, nous nous occuperons de l'étiologie.

Le chapitre V aura trait à la symptomatologie.

Dans le chapitre VI, nous étudierons la marche, la durée, le pronostic, le diagnostic et le traitement.

La deuxième partie sera consacrée aux rapports du cancer de l'estomac et de la tuberculose pulmonaire.

Le chapitre Ier sera destiné à l'exposition des doctrines des auteurs.

Le chapitre II sera employé à la réfutation des objections des partisans de l'antagonisme.

Nous traiterons dans le chapitre III de l'influence du cancer de l'estomac sur la tuberculose.

Dans le chapitre IV, nous discuterons la transformation des deux diathèses.

Nous résumerons à la fin de ce chapitre les principales observations de coïncidence du carcinome stomacal et de la phthisie qui sont relatées dans les ouvrages français.

Nous terminerons notre opuscule en exposant les conclusions qui découleront de l'étude des travaux des médecins et de nos recherches personnelles.

*
* *

Nous prions M. le professeur Estor, qui a mis gracieusement son laboratoire à notre disposition, de vouloir bien accepter l'hommage de notre respectueuse gratitude.

Nous sommes heureux d'offrir à M. le professeur agrégé Carrieu l'expression de notre profonde reconnaissance pour les excellents conseils qu'il nous a donnés durant le cours de nos études. Nous remercions M. le professeur agrégé Ville de la bienveillance qu'il nous a témoignée ; nous nous souviendrons toujours de ses savantes leçons et des deux années pendant lesquelles nous avons été son préparateur.

Notre ami Paul Courrent, préparateur d'Histologie et d'Anatomie pathologique, mérite un public hommage de reconnaissance.

Nous nous acquittons d'un devoir bien agréable en priant MM. les membres de la Municipalité de la ville de Romans d'agréer l'expression de notre gratitude ; nous n'oublierons jamais que l'innovation des bourses nous a permis de faire nos études au collège communal.

Dédions aussi ce modeste travail à la mémoire de notre premier Maître, le regretté Noé Roch.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41544306_0091

ÉTUDE HISTOLOGIQUE ET CLINIQUE

DU CARCINOME STOMACAL

ET DE SES RAPPORTS

AVEC LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

PREMIÈRE PARTIE

ÉTUDE HISTOLOGIQUE ET CLINIQUE DU CARCINOME STOMACAL

CHAPITRE PREMIER

Observation personnelle

J... (Ernest), trente-quatre ans, célibataire, né et domicilié à Nimes, palefrenier aux tramways depuis six mois, entre à l'Hôtel-Dieu le 21 septembre 1883. Il est couché au lit n° 32 de la salle Saint-Jacques, service de M. le Dr Carcassonne. Sa constitution est faible, son tempérament est lymphatico-nerveux.

Antécédents. — J... a connu dans sa jeunesse ses grands parents, qui sont morts très âgés. Son père est pléthorique et se porte bien, malgré ses soixante-

dix ans et ses excès alcooliques. Sa mère jouissait habituellement d'une bonne santé ; elle était douée d'un tempérament sanguin. Elle est décédée en 1882, à l'âge de cinquante-six ans. Il ne peut nous fournir aucune indication sur sa dernière maladie, parce qu'il habitait alors l'Algérie. Il a deux frères ; l'aîné est âgé de quarante-deux ans ; le plus jeune en a vingt-quatre ; ils n'ont jamais été malades.

J... a eu dans son enfance la scrofule (conjonctivite, impétigo de la face et du cuir chevelu et engorgement des ganglions cervicaux). Il offre depuis onze ans une scoliose fort marquée.

Devenu adulte, il a exercé la profession de cultivateur et a pris l'habitude d'abuser des liqueurs alcooliques (absinthe et vermouth), ainsi que du tabac. En 1882, il se rendit en Afrique comme colon, et y fut atteint de la fièvre intermittente quotidienne. J... revint en France, après une absence de six mois. C'est alors qu'il rentra comme employé aux tramways de Nimes. Il couchait dans l'écurie et continua à mal se nourrir et à boire beaucoup.

Maladie actuelle. — Le 14 juillet 1883, J... a ressenti une douleur assez vive au creux épigastrique ; quelques jours après, il a eu de la pituite, du pyrosis, des renvois acides.

Pendant le mois d'août, ces phénomènes s'accentuent; la digestion devient difficile et s'accompagne d'une douleur lancinante, localisée à l'épigastre. Les vomissements alimentaires sont rares. L'examen minutieux de la poitrine ne fait rien découvrir. La palpation abdominale occasionne une sensation de souffrance, mais ne révèle pas la présence d'une tumeur. M. Carcassonne diagnostique une gastrite chronique d'origine alcoolique.

Le 21 septembre, deux prises de bismuth et de pepsine aux repas, eau de Vals n° 5, un demi-litre de lait en sus de l'alimentation solide.

J... sort le 30 septembre un peu soulagé.

Ses souffrances reprenant leur acuité première, il rentre à l'hôpital le 14 octobre. Le même traitement est institué : un litre de lait.

Le 16 et 18, douleur épigastrique plus intense. Cataplasmes laudanisés sur le ventre.

Le 20, diarrhée (quatre selles). Tisane de riz gommée.

Le 22, trois prises de bismuth et de pepsine.

Le 30, le malade ne ressent aucun soulagement. Le bismuth et la pepsine sont remplacés par deux cuillerées de charbon de Belloc.

J... ne peut s'accoutumer à l'Hôtel-Dieu ; il sort le 8 novembre.

A sa nouvelle entrée, le 20 décembre, salle Saint-Jacques, lit n° 35, il nous raconte qu'il a eu un vomissement de sang presque pur, il y a trois jours. La

douleur à l'épigastre est de plus en plus vive ; pas de tumeur. Diagnostic d'ulcus rotundum.

Le 21 décembre, deux prises de bismuth et de pepsine, eau de Vergèze, charbon de Belloc, un litre lait.

Le 26, douleurs interscapulaires ; vomissements alimentaires quotidiens un quart d'heure à trente minutes après l'ingestion de la nourriture. Le malade refuse le charbon de Belloc.

Le 27, J... est atteint du pica; il se fait apporter de la ville des pommes, des anchois, des harengs, etc.

1884. *Janvier*. Dans la première semaine, constipation. Deux lavements émollients par jour.

Le 6, la constipation résiste. Lavement avec 30 gr. sulfate de soude.

Le 8, le bismuth et la pepsine sont remplacés par 20 centigr. de poudre de colombo à chaque repas. Insomnie. Une pilule de cynoglosse.

Le 25, continuation des souffrances et de l'insomnie. Potion avec bromure de potassium, 2 gram.

Le 29, M. Puech prescrit une mouche d'opium au creux épigastrique et trois pilules de 1 centigr. chacune d'extrait alcoolique de noix vomique.

Février. Le 2, vomissements alimentaires après chaque repas. Eau de seltz.

Le 14, augmentation des crampes d'estomac ; le malade se tord au milieu des corridors.

Une prise de { chlorhydrate de morphine, 1 centigr.
yeux d'écrevisse, 15 —

Le 23, diarrhée. Lavement laudanisé et amidonné. Les douleurs s'amendent un peu.

Mars. Le 12, souffrances gastriques et dorsales intolérables. Suspension des prises de morphine. 40 centigr. de poudre de colombo, thapsia à l'épigastre.

Le 25, l'insomnie disparaît, les douleurs sont plus faibles.

Avril. Le 4, constipation opiniâtre. J... reste cinq à six jours sans aller à la selle. Magnésie calcinée, 6 gram.

Le 6, exeat.

J... reste deux mois et demi dehors et rentre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Jacques, lit n° 5, le 16 juin 1884. Ses digestions ont été difficiles pendant son séjour en ville ; ses excès alcooliques ont continué. Même diagnostic qu'en décembre.

Le 17, rôti, un demi-litre lait, eau de Vals n° 5, deux cuillerées de charbon de Belloc.

Le 26, douleurs atroces, surtout la nuit, depuis quelques jours.

Le 30, M. le Dr Carcassonne ajoute au traitement deux prises de bismuth et de pepsine.

Juillet. Le 10, hématémèse assez abondante couleur de suie, mélæna dans la journée. Le malade, irritable à son entrée, supporte patiemment ses douleurs à l'heure actuelle.

Le 18, J... se plaint d'être enrhumé. Râles sibilants dans toute la poitrine, un peu plus intenses à droite. M. Carcassonne diagnostique une bronchite. Un litre de lait, tisane pectorale, potion kermétisée, additionnée de 30 gram. de sirop diacode.

Le 24, recrudescence des crises gastralgiques. Vésicatoire au creux épigastrique.

Le 28, toux quinteuse, insomnie consécutive. Deux cuillerées de sirop de codéine.

Août. Le 3, la toux est moins pénible; l'appétit disparaît. Les douleurs stomacales avec irradiation dorsale deviennent très pénibles. Deux cuillerées de sirop d'écorce d'oranges amères, une piqûre de morphine.

Le 7, les râles sibilants persistent à droite; submatité et expiration prolongée au sommet droit. Vésicatoire dans la fosse sus-épineuse de ce côté.

Le 20, les vomissements et les souffrances gastriques continuent. Vésicatoire à l'épigastre.

Le 29, augmentation des douleurs d'estomac. Cataplasmes laudanisés sur le ventre.

Le 30, suspension de l'alimentation solide, deux litres de lait.

Le 31, constipation depuis trois jours. Lavement avec décoction de graines de lin et 10 gram. de follicules de séné.

Septembre. Le 1er, lavement avec 30 gram. sulfate de soude. Les douleurs sont de plus en plus vives. Injection sous-cutanée de 2 centigr. de chlorhydrate de morphine.

Le 5, diarrhée. Les crises gastralgiques semblent revenir depuis quelques jours à 8 heures du soir. M. Puech diagnostique une fièvre palustre larvée. Lavement amidonné et laudanisé, additionné de 80 centigr. de sulfate de quinine.

Les 6, 7, 8, 9, même lavement avec 60 centigr. quinine. La douleur ne perd rien de sa périodicité.

Le 12, diarrhée, lavement laudanisé.

Le 19, la toux se montre de nouveau; mêmes signes stéthoscopiques. Looch blanc kermétisé.

Le 24, vésicatoire de 6/8 entre les épaules. Continuation du looch.

Le 29, les deux injections de morphine sont impuissantes à calmer les douleurs épigastriques. Vésicatoire morphiné à l'épigastre.

Octobre. Le 1er, diarrhée (cinq selles). Lavement laudanisé.

Les 3, 4, 6, continuation de la diarrhée. Même traitement.

Le 9, constipation depuis trois jours. Lavement avec 15 gram. sulfate de soude.

Les 10 et 11, recrudescence de la toux, quintes nocturnes, insomnie. 30 gram. de sirop diacode.

Le 12, nous constatons que J... s'est anémié et a maigri depuis quelques jours. Douleurs interscapulaires. Matité au sommet droit, submatité à gauche. Quelques craquements secs à droite ; au sommet gauche, respiration saccadée ; expiration prolongée. Expectoration muqueuse. M. le docteur Puech diagnostique une tuberculose pulmonaire et prescrit 1 milligram. d'arséniate de soude en solution par jour.

Le 16, constipation depuis trois jours. Lavement avec 40 gram. glycérine.

Le 17, les douleurs gastriques s'amendent considérablement ; les deux piqûres de morphine sont suspendues. Nous pensons que l'ulcère rond est cicatrisé.

Le 18, J... a sué un peu la nuit dernière. Une pilule de 20 centigram. tannin le soir.

Le 22, légère augmentation de l'appétit. Trois litres de lait.

Le 28, persistance des sueurs nocturnes. Deux pilules de tannin.

Le 30, le malade est fatigué dans l'après-midi ; toux quinteuse et insomnie. 30 gram. sirop de morphine.

Novembre. Le 1er, même état. Trois litres de lait, deux pilules de tannin, 1 milligram. d'arséniate de soude, 30 gram. sirop diacode.

Le 14, J... reprend son appétit ; un demi-litre de lait, soupes, deux œufs.

Le 17, constipation, lavement laxatif.

Le 22, même régime, une côtelette en plus.

Décembre. Le 2, l'anémie et l'amaigrissement ont fait de rapides progrès dans les derniers jours de novembre. La tuberculose s'accentue ; traces de pus dans les crachats, toux quinteuse. Bronchophonie ; râles cavernuleux au sommet droit. Deux granules d'arséniate de fer.

Le 7, trois granules.

Le 13, même régime. Quatre granules.

Les 15 et 16, anorexie. Une tasse de macération de quassia amara.

Le 18, badigeonnage à la teinture d'iode à la partie postérieure et supérieure du thorax ; suspension du quassia.

Le 22, cinq granules d'arséniate de fer.

1885. *Janvier.* Le 1er, suspension de la médication du mois précédent. Trois cuillerées de glycérine créosotée.

Le 6, anorexie. Deux cuillerées de sirop d'écorce d'oranges amères.

Le 12, le malade se trouve mieux.

Le 28, J... continue à sortir en ville plusieurs fois par semaine. La toux est moins pénible.

Février. Le 5, réapparition des sueurs nocturnes. Une pilule de tannin.

Le 16, sueurs abondantes ; l'émaciation fait des progrès. Craquements humides aux deux sommets. Deux pilules de tannin, deux cuillerées d'huile de foie de morue.

Mars. Le 1er, légère inappétence. Eau de Vals, sirop d'écorce d'oranges amères.

Le 6, deux litres lait et une côtelette.

Le 20, J... est fatigué dans la soirée. Anorexie ; il ne prend plus que la soupe au second repas.

Le 28, les signes stéthoscopiques s'accentuent ; râles cavernuleux des deux côtés en arrière. Gargouillement à droite et en avant. Le malade continue à se lever dans la journée ; il se promène dans les cours de l'hôpital, mais n'a plus la force d'aller se promener dans la ville.

Avril. Le 1er, les sueurs s'arrêtent ; la toux augmente d'intensité. L'appétit est assez bon. Trois soupes, deux litres de lait, une prise de lait d'ânesse, quatre cuillerées huile foie de morue, deux cuillerées de vin de quinquina, eau de Vals.

Le 3, la percussion et l'auscultation révèlent les progrès rapides de la tuberculose pulmonaire. Matité absolue dans le tiers supérieur de la poitrine. Signes nets de caverne à droite (gargouillement, pectoriloquie). Râles cavernuleux à gauche. Crachats purulents, verdâtres et très abondants. T. 38°,5 le soir.

Le 7, insomnie provoquée par la toux. Quatre cuillerées de sirop de Flon.

Le 20, il n'a plus la force de se lever ; l'amaigrissement se prononce de plus en plus.

Le 23, diarrhée et tranchées. Potion avec XX gouttes de laudanum.

Le 25, la dyspnée devient très intense ; le malade ne peut respirer qu'assis sur son lit.

Le 28, J... demande le régime lacté absolu. Deux litres et demi de lait, une prise de lait d'ânesse, deux cuillerées de solution de Coirre, vin de quinquina et tisane de lichen.

Mai. Le 1er, la toux est pénible, surtout la nuit. Crachats opaques et purulents; le malade remplit deux crachoirs de toile par jour.

Le 3, suppression de la solution de Coirre, deux pilules de 2 centigr. d'iodoforme.

Le 5, cavernes aux deux sommets; l'une est très vaste et superficielle en avant et à droite, l'autre, plus petite, est située à gauche. P. 120. T. 38°,6.

Le 7, l'oppression augmente, l'expectoration diminue, la toux persiste.

J... meurt le 8 mai 1885, à 6 heures du soir.

Autopsie, du 9 mai. — L'aspect général du corps est celui d'un homme mort de consomption. Les cuisses n'ont pas le volume des bras d'un adulte ordinaire. Les téguments présentent une teinte anémique. Le ventre est rétracté.

Au sommet du poumon droit et en avant, il existe de très solides adhérences. En cherchant à les rompre, nous mettons à nu une caverne du volume d'un poing de forte dimension. Elle est presque complètement vide, à peine y trouvons-nous une faible quantité de pus. Quatre cordons assez résistants sont tendus dans son intérieur.

Le poumon gauche présente aussi une caverne un peu plus petite à son sommet ; elle offre trois travées cylindriques. Dans les autres lobes, nous notons l'existence de granulations grises et de tubercules miliaires jaunes ; quelques-uns ont les dimensions d'un pois.

Il n'y a pas d'adhérences entre la plèvre et le diaphragme. L'estomac est dur et contracté. Il adhère au lobe gauche du foie, au parenchyme splénique et au pancréas. Ces feuillets de nouvelle formation sont de nature fibreuse.

A l'ouverture de la paroi du ventricule gastrique, il s'échappe un peu de lait coagulé. A la face postérieure se trouve une éminence mamelonnée, à peu près à égale distance des deux courbures ; ce relief s'élève à 1 centimètre au-dessus des parties voisines. Quatre replis d'environ 4 millimètres de hauteur partent de cette saillie. L'un se termine à un demi-centimètre du cardia; un second aboutit au pylore et forme le sixième de ce sphincter ; les deux autres se perdent vers la grande courbure. Nous incisons cette tumeur ; elle est assez dure. La pression en fait sourdre un liquide

lactescent. Les parois stomacales offrent à ce niveau une épaisseur de 2 centimètres et demi. La muqueuse est augmentée dans son diamètre. La surface de section du néoplasme est rosée.

La tumeur ne présente point de trace d'ulcération ; la muqueuse stomacale est légèrement enflammée.

Les tuniques gastriques offrent un développement anormal ; le tissu sous-muqueux est le plus atteint par la dégénérescence ; la tunique musculaire est hypertrophiée.

Les limites exactes du néoplasme sont difficiles à tracer.

Le cardia, la grande courbure, la face antérieure et la petite courbure sont indemnes.

Le volume de l'estomac égale à peine les dimensions du poing.

Les ganglions lymphatiques de la petite courbure sont sains. Le foie, la rate, le pancréas, etc., ne présentent pas de dépôts carcinomateux secondaires. Le foie est graisseux et un peu plus gros qu'à l'état habituel.

Le cœur est petit et adipeux.

Examen histologique de la tumeur. — Après avoir laissé durcir le néoplasme d'après les procédés classiques, nous avons fait, au laboratoire d'histologie de la faculté de médecine, pendant les mois de juin et de juillet, un très grand nombre de préparations microscopiques ; quatre-vingts sont lutées et y sont conservées. Nous basons notre diagnostic sur l'examen complet des diverses parties de la tumeur.

A un grossissement de cinq cents diamètres, nous observons dans certaines parties du champ du microscope des glandes saines ; d'autres offrent une prolifération de l'épithélium ; à l'extérieur, nous apercevons des cellules irrégulières dans le tissu conjonctif ambiant, comme nous le montre la figure I de la planche.

Ces cellules ont détruit dans beaucoup d'endroits toute la couche sous-muqueuse. Les faisceaux conjonctifs sont rares; le tissu connectif envahi offre cependant de loin en loin des îlots qui résistent encore à l'invasion néoplasique. (Voir fig. II.)

Ces éléments offrent l'aspect caractéristique des cellules du carcinome ; elles ont la forme de raquette, en fuseau, à queue, en bissac, etc. Leurs dimensions varient de 20 à 35 millièmes de millimètre ; elles ont un ou plusieurs noyaux de 10 à 15 millièmes de millimètre. Les unes n'ont qu'un nucléole, d'autres en ont un plus grand nombre. Toutes présentent des amas de granulations d'une couleur brunâtre ou jaune verdâtre. La figure III montre ces divers éléments à un grossissement de neuf cent cinquante diamètres.

Les vaisseaux sanguins sont sclérosés; les cellules endothéliales sont devenues cylindriques ou cubiques, leurs dimensions ont augmenté. La couche musculaire est hypertrophiée ; le tissu péri-vasculaire est enflammé ; on y voit des éléments embryonnaires et des cellules cancéreuses (fig. IV). La tunique musculaire de l'estomac a subi une hypertrophie générale.

La forme spéciale des cellules et la rareté du tissu conjonctif dans beaucoup de points de la tumeur nous permettent de conclure que nous nous trouvons en présence d'un carcinome encéphaloïde. Nous reviendrons, en exposant le développement du cancer, sur les détails de notre examen histologique.

CHAPITRE II

HISTORIQUE

Hippocrate donne une bonne description pour l'époque des symptômes du cancer et de l'ulcère simple de l'estomac, qu'il confond sous le nom de Mélæna. Le Père de la médecine s'exprime en ces termes : « Le malade vomit des matières noires comme de la lie, tantôt sanguinolentes, tantôt semblables à de la piquette, à l'encre de la sèche, tantôt âcres comme du vinaigre, tantôt comme salive et pituite, tantôt comme bile jaune ; et quand c'est le noir sanguinolent qu'il vomit, les matières exhalent une odeur de sang, la gorge et la bouche sont brûlées par le vomissement..... Il éprouve de la pesanteur dans les viscères; il lui semble qu'on lui perce avec des aiguilles la poitrine et le dos. Le malade maigrit. Il s'abstiendra d'excès de vin et de coït, ne mangera rien d'âcre et salé. Par ces moyens, le malade se sauve ; mais si la maladie n'est pas soignée, elle abrège la vie. »

Galien est le premier médecin de l'antiquité qui signale la présence dans l'estomac d'une petite tumeur charnue, gênant le passage des aliments et pouvant même l'interrompre. Pendant toute la durée du moyen-âge, nous ne trouvons qu'Avenzoar et l'Ecole arabe qui s'occupent des *verrues* de l'estomac. Au XVII[e] siècle, Rivière cite des observations de tumeur stomacale. Brünner, à la même époque, Haller, Lieutaud, un siècle après, signalent des faits qui peuvent être rapportés

au carcinome. Stoll parle des rétrécissements de l'orifice pylorique produits par les excès alcooliques. Mais c'est à Morgagni que nous devons l'étude la plus complète du squirrhe ; il énumère les cas que l'on trouve épars dans les auteurs anciens et observe que le pylore est la partie de l'estomac la première atteinte par la dégénérescence. Petzold et Blanchard consacrent des mémoires à l'étude du cancer. Matthew Baillie donne, en 1797, à Londres, les signes distinctifs de l'ulcère simple et du carcinome. Son ouvrage n'est connu que bien plus tard sur le continent. Chardel publie, en 1808, sa *Monographie des dégénérations skirrheuses*. Broussais soutient que les squirrhes sont un produit de l'inflammation et ne sont que des gastrites chroniques. Andral, en 1834, décrit encore sous ce nom le carcinome et les autres maladies chroniques de l'estomac, parce que, dit-il, si ces altérations paraissent être très différentes les unes des autres sous le rapport de leurs caractères anatomiques, elles se confondent véritablement, soit par leurs symptômes, soit par leurs causes occasionnelles. Cruvelhier, qui ne connaît pas l'ouvrage de Baillie, donne, en 1830, les caractères essentiels du cancer et de l'ulcère rond ; en 1835 et 1838, il publie de nouvelles observations à ce sujet. Rokitansky, en 1839, apporte de nouveaux matériaux au diagnostic différentiel de ces deux maladies. Bayle, Cayol, Prus, Barras, publient leurs ouvrages sur les maladies cancéreuses. Marc d'Espine fait, à Genève, des recherches sur la fréquence du carcinome. Lebert et Broca font faire de sérieux progrès à l'étude du cancer stomacal et soutiennent son incurabilité. Brinton écrit un traité des maladies de l'estomac, reconnu par tous les auteurs comme un chef-d'œuvre.

Depuis cette époque, les mémoires, les opuscules se sont multipliés rapidement et ont éclairci quelques points douteux de cette importante question.

FRÉQUENCE DU CARCINOME STOMACAL

Le carcinome stomacal est l'une des manifestations les plus fréquentes de la diathèse cancéreuse. L'estomac est atteint par le cancer moins souvent que le sein et l'utérus, mais plus communément que le foie.

Dans la majorité des cas, le carcinome de l'estomac est primitif ; il est rare d'observer un cancer gastrique secondaire à la suite d'une lésion de même nature des intestins, du foie, etc.

D'après les relevés de Tanchou, à Paris, le carcinome stomacal représente le quart des cancers de tout l'organisme. Virchow, à Wurtzbourg (1852 à 1855), a noté que l'estomac est atteint près de trente-cinq fois sur cent manifestations de la diathèse. Bayle, au début du siècle, a remarqué que sur cent cadavres disséqués au pavillon anatomique de la Faculté de Paris, quatre, en moyenne, ont un cancer de l'estomac. Wyss estime que le cancer existe au moins une fois sur trois affections gastriques.

Marc d'Espine a observé, à Genève, durant l'année 1838, trente-cinq cas de carcinome stomacal sur mille cent treize décès. Ce chiffre correspond à 3,14 pour cent. En 1847, il donne une proportion un peu plus faible, 2,7 pour cent.

Lebert lui attribue le quarantième des décès. Brinton indique un chiffre moindre ; d'après ses recherches, le carcinome stomacal compte pour un centième dans la mortalité.

Malgré les différences assez grandes qui existent entre ces diverses proportions, nous pouvons affirmer que le cancer de l'estomac est une maladie très fréquente.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

ÉTAT DES TUNIQUES STOMACALES

A l'ouverture de la cavité gastrique, on observe le plus souvent un relief de la muqueuse ; elle est quelquefois bosselée et dure ; dans d'autres cas, elle est molle. Au début de la maladie, elle peut glisser sur le néoplasme, plus tard elle lui adhère fortement. La muqueuse voisine du carcinome est habituellement le siège d'une inflammation chronique ; elle est ramollie, rouge ou violacée. Elle peut cependant être saine, malgré le développement considérable du cancer.

Si nous incisons la tumeur stomacale, nous remarquons que la couche glandulaire est augmentée d'épaisseur et que le tissu sous-muqueux est la partie de la paroi la plus modifiée. En pressant entre les doigts les tuniques de l'estomac, nous voyons suinter un liquide blanchâtre, miscible à l'eau ; c'est le suc cancéreux. La tunique musculaire est parfois envahie par le néoplasme. Dans la majorité des cas, elle offre une hypertrophie considérable s'étendant à tout l'estomac, si le pylore est rétréci. Lorsque les cellules carcinomateuses s'infiltrent en grande quantité entre les faisceaux musculaires, elles les étranglent; les fibres s'atrophient. La séreuse péritonéale présente aussi des lésions dont nous ferons l'étude dans les pages suivantes.

La tumeur cancéreuse, même dans le cas où elle ne débute pas par la muqueuse, envoie très souvent des colonies cellulaires dans la couche glandulaire. La muqueuse adhère alors au néoplasme ; elle devient blanche et s'anémie. Ses vaisseaux, envahis par les éléments carcinomateux ou enflammés, ne lui apportent plus la quantité de liquide nourricier indispensable à sa vie ; elle sesphacèle et s'exfolie.

Parfois le cancer incorpore rapidement cette partie des parois stomacales et apparaît bientôt dans la cavité gastrique ; les végétations carcinomateuses, composées d'éléments insuffisamment nourris, se nécrosent, ou bien elles sont détruites peu à peu par les frottements répétés qu'exercent les matières alimentaires et par l'action du suc gastrique.

C'est dans ces cas que nous constatons que la muqueuse offre une perte de substance, une *ulcération*. Cet ulcère cancéreux a une étendue variant depuis celle d'une petite érosion jusqu'à celle d'une vaste plaie sanieuse occupant toute la surface muqueuse. Cette ulcération, quand elle se montre à l'orifice pylorique, détruit peu à peu l'anneau cancéreux qui met obstacle au passage des aliments ; la digestion s'accomplit mieux. La muqueuse s'amincit quelquefois au voisinage de l'ulcération, mais ordinairement elle est relevée, saillante, fongueuse et décollée. L'ulcère présente une teinte grisâtre, il contient un liquide ichoreux et devient souvent le siège d'hémorrhagies répétées.

Si le processus cancéreux est rapide, les éléments carcinomateux se pressent les uns contre les autres et se détruisent. La tunique musculaire est alors atteinte par l'ulcération ; c'est dans ce cas que les aliments ou les boissons pressent sur ce point faible des parois gastriques et produisent une perforation de l'estomac. Cet accident est assez rare. Brinton l'a noté vingt et une fois sur cinq cent sept cas, soit environ quatre fois pour cent.

Dans des cas tout à fait exceptionnels, l'ulcération marche lentement, s'accompagne d'une péritonite adhésive et relie par des fistules l'estomac au côlon transverse, à la paroi abdominale antérieure, etc.

SIÈGE DU CARCINOME

Le pylore est la partie de l'estomac où nous observons le plus souvent le cancer. Les observations de Louis, Lebert et Dittrich en font foi. Sur les cent deux cas provenant des relevés de ces trois auteurs, nous remarquons que l'orifice pylorique est envahi cinquante-neuf fois par le néoplasme. Ces chiffres correspondent approximativement à 58 pour cent. Brinton donne une proportion presque identique, 60 pour cent ; sur trois cent soixante carcinomes, il a observé la lésion du pylore chez deux cent dix-neuf malades.

Le cardia est affecté environ dix fois sur cent. Lebert a vu quatre fois sur cinquante-sept cas cet orifice présenter la dégénérescence cancéreuse.

La petite courbure présentait dix-sept fois un carcinome dans les statistiques réunies de Lebert, Louis et Dittrich. La face antérieure, la grande courbure, la face postérieure sont très rarement atteintes.

Il est exceptionnel que les tuniques stomacales soient envahies par une infiltration cancéreuse générale, par un cancer en nappe de tout le viscère.

VARIÉTÉS DU CANCER STOMACAL

Les trois formes différentes du carcinome peuvent se présenter dans l'estomac : ce sont le carcinome dur, fibroïde ou *squirrhe*, le cancer médullaire ou *encéphaloïde*, et le cancer *colloïde* ou alvéolaire. Nous rattacherons au carcinome encéphaloïde les cancers hématoïde mélanique et villeux, et nous dirons quelques mots de *l'épithélioma*, considéré encore par les cliniciens comme un cancer.

Le squirrhe se présente au commencement sous la forme de nodosités séparées ou d'une tumeur unique. Dans les deux cas, le néoplasme est dur, blanchâtre et crie sous le scalpel ; le suc est peu abondant. Les faisceaux conjonctifs sont nombreux et circonscrivent des alvéoles

pathognomoniques ; elles sont résistantes et épaisses. Les travées fibreuses sont unies les unes les autres et présentent, à leur point d'union surtout, des cellules connectives. Les vaisseaux sont logés dans le stroma. Les cellules sont en petit nombre ; elles présentent les formes les plus diverses, en fuseau, en raquette, etc. Elles offrent les mêmes caractères que celles que nous avons décrites dans le chapitre I^er^ et que nous avons fait dessiner dans notre figure III. Parfois les cellules augmentent de volume et prennent la forme globuleuse.

Le cancer encéphaloïde est blanchâtre ou rosé ; il est plus vasculaire et moins résistant ; il présente l'aspect de la substance cérébrale. Le carcinome médullaire se laisse sectionner facilement ; il est exceptionnel qu'il soit lardacé et qu'il crie quand on le coupe. Il se distingue par l'abondance du suc, la rareté du stroma, le développement considérable de ses cellules. Nous n'insisterons pas sur la structure de l'encéphaloïde ; le lecteur voudra bien se reporter à notre chapitre I^er^.

Le carcinome hématode ou télangiectasique n'est qu'une variété d'encéphaloïde présentant des vaisseaux dilatés.

Nous ne nous étendrons pas sur l'étude du cancer mélanique, qui n'est qu'un cancer médullaire infiltré de pigment noirâtre, et du cancer villeux, dont les bourgeonnements nombreux et serrés sont caractéristiques.

Dans toutes ses formes, l'encéphaloïde présente deux phénomènes communs : les hématémèses, abondantes et répétées, l'ulcération précoce et étendue de la muqueuse gastrique. Notons cependant que cette règle présente des exceptions ; notre cas en est une preuve.

Le carcinome colloïde, désigné aussi sous les noms de cancer alvéolaire ou aréolaire, est constitué par une sorte de gangue conjonctive, contenant dans ses alvéoles un liquide gélatiniforme. Ce cancer contient des cellules vésiculeuses ; un certain nombre d'éléments subit la transformation adipeuse ou se détruit peu à peu. Ce carcinome envahit rapidement le péritoine, mais s'ulcère rarement.

L'épithélioma offre, dans la majorité des cas, la forme cylindrique.

Comme aspect macroscopique, il rappelle celui de l'encéphaloïde ; l'ulcération à bords relevés, la dégénérescence des ganglions lymphathiques de la petite courbure, les dépôts secondaires dans les organes abdominaux, existent dans les deux néoplasmes. Mais le microscope le distingue facilement du cancer médullaire ; ses tubes, garnis de cellules épithéliales, sont pathognomoniques. Les éléments cylindriques mesurent de 20 à 30 millièmes de millimètre de hauteur ; leurs noyaux ont de 10 à 15 millièmes de millimètre et présentent un ou plusieurs nucléoles. Les tubes de l'épithéliome sont tapissés par une simple couche épithéliale ou par un plus grand nombre de cellules superposées.

De l'avis général, l'épithélioma est le plus commun.

Le squirrhe occupe le second rang ; c'est l'opinion de Niemeyer, Lebert, Brinton, Jaccoud, Damaschino, Guéneau de Mussy et Lancereaux.

L'encéphaloïde mérite la troisième place ; le cancer colloïde est le plus rare et vient en quatrième ligne.

Lancereaux a noté, dans son *Atlas d'anatomie pathologique*, que sur trente-cinq tumeurs de l'estomac, il existait quinze squirrhes, dix encéphaloïdes, sept épithéliomes, trois cancers colloïdes. Cette statistique repose sur des nombres trop faibles.

Brinton base son opinion sur des quantités d'observations ; il donne une proportion plus grande pour le cancer squirrheux. Sur cent quatre-vingt carcinomes, cent trente (presque les trois quarts) appartiennent à cette espèce. Dans le même relevé, il y a trente-deux cancers médullaires (soit un sixième), dix-sept cancers colloïdes (un douzième). Cet auteur ajoute que, dans les trente-deux cas d'encéphaloïde, il est probable qu'un grand nombre n'offrait que des combinaisons ou des mélanges de tumeurs de cette nature avec ce qui était primitivement et essentiellement un squirrhe.

Quelques auteurs cependant professent une opinion différente ; ils admettent que le cancer médullaire est le plus fréquent.

Ainsi, Chesnel fournit dans sa thèse les chiffres suivants : treize encéphaloïdes, douze squirrhes, quatre épithéliomas, un cancer colloïde,

un carcinome mélanique. Heurtaux, Cornil et Ranvier reconnaissent que le cancer médullaire est le plus commun.

Il est donc impossible, à l'heure actuelle, de se prononcer définitivement et de savoir quel est le carcinome le plus fréquent. Une statistique établie sur un grand nombre de faits est indispensable pour juger la question.

MODE DE DÉVELOPPEMENT DU CANCER DE L'ESTOMAC

La majorité des histologistes anglais et allemands et beaucoup de médecins français soutiennent que le carcinome stomacal débute toujours par la muqueuse. C'est l'opinion que professent Hughes Bennett, Handfield Jones, Wilson Fox, Fenger (de Copenhague), Rindfleisch, Valdeyer, Lancereaux, Ch. Robin, Andral, Malherbe (de Nantes), Laboulbène, Desfosses, etc. D'après ces auteurs, les cellules des glandes gastriques prolifèrent sous l'influence des irritants. Il se forme plusieurs rangées d'éléments cylindriques ; la paroi glandulaire se rompt; des prolongements épithéliaux se développent et se ramifient de tous côtés. Ces nouveaux tubes envahissent peu à peu le tissu sous-muqueux. Les éléments voisins, appartenant au tissu conjonctif, présentent bientôt des modifications inflammatoires ; les cellules nouvelles offrent une forme anormale et atypique ; elles sont alors des cellules carcinomateuses. Elles se multiplient sans cesse et détruisent de proche en proche les parties saines (vaisseaux, faisceaux musculaires, etc). Selon le docteur Desfosses, le cancer n'est en définitive qu'un épithélioma diffus.

Quelques médecins admettent, au contraire, que le carcinome commence son évolution dans la couche glandulaire et dans le tissu sous-muqueux. Cornil et Ranvier, dans la dernière édition de leur *Histologie pathologique*, Jaccoud, Franz Boll (de Berlin), etc., soutiennent ces idées. Ce dernier auteur n'admet pas que les tumeurs cancéreuses puissent être dues à l'activité nutritive exagérée d'un élément cellulaire sur les éléments voisins ; les cellules sont solidaires les unes des

autres. La production d'un carcinome résulte de la coopération pathologique des diverses parties de l'organe (l'épithélium et le tissu conjonctif).

Boll ne tient pas compte des faits où le cancer débute soit par les glandes, soit par le tissu connectif. Son opinion ne peut donc être admise dans un certain nombre de cas.

L'examen minutieux du cancer de l'estomac de notre sujet nous autorise à soutenir que la lésion carcinomateuse peut commencer son développement dans les tissus sous-muqueux et les vaisseaux.

Toutes nos préparations microscopiques montrent des éléments cancéreux isolés ou réunis en masse dans le tissu conjontif. L'épithélium des glandes, comme nous l'avons déjà dit, est sain si la dégénérescence carcinomateuse est éloignée de ce point. Le plus souvent, l'épithélium glandulaire prolifère par l'effet d'une irritation de voisinage ; on peut alors voir des tubes dont la lumière est comblée par des éléments jeunes non cancéreux. A l'extérieur des glandes, nous apercevons des prolongements du tissu conjonctif rempli d'éléments carcinomateux et s'avançant plus ou moins vers la membrane propre de la glande. Tous ces détails sont reproduits d'après nature dans la figure I de notre planche. Nous voyons, en outre, dans la couche sous-muqueuse, l'augmentation du nombre des cellules carcinomateuses, qui l'envahissent peu à peu. Dans certaines parties de la tumeur, les glandes, resserrées par le néoplasme, sont atrophiées; dans d'autres les éléments cancéreux détruisent la membrane de la glande et font disparaître le tube glandulaire. Dans beaucoup de points des préparations histologiques, nous ne trouvons plus que des cellules carcinomateuses comme dans l'endroit dessiné dans la figure III.

Les vaisseaux sont sclérosés et présentent des éléments embryonnaires et cancéreux. (Voir fig. IV.)

Nous pouvons donc conclure que l'opinion de Valdeyer et de Robin est trop exclusive, et que le cancer de l'estomac peut commencer son développement dans le tissu conjonctif sous-muqueux et autour des vaisseaux sanguins.

NATURE ET CONTAGION DU CANCER

Cette question est l'une des plus discutées de la pathologie. Nous serons très bref pour ne pas sortir de notre sujet.

Beaucoup de médecins prétendent que le cancer n'est, à sa période initiale, qu'une maladie locale produite simplement par les traumatismes et l'abus des condiments et de l'alcool. Campbell de Morgan, Rindfleisch, Virchow, Salle, défendent ces idées.

L'opinion opposée est soutenue par des auteurs éminents, Billroth, Sir James Paget et par l'Ecole de Montpellier.

Si les contusions ou les irritants, dirons-nous aux *localistes*, étaient la seule cause du cancer, le nombre des carcinomes de l'estomac serait bien plus grand et les alcooliques en mourraient tous.

Nous reconnaissons avec nos Maîtres que le cancer est une maladie générale et constitutionnelle, un tempérament morbide, en un mot une diathèse.

Quelques médecins contemporains, Harrison Cripps, Nedopil et Ledoux-Lebard, admettent que le carcinome est une affection parasitaire au même titre que la tuberculose par exemple. Le microbe cancéreux serait, d'après Nedopil, intermédiaire à ceux de la syphilis et de la pyémie. Les histologistes qui se sont occupés de cette question n'ont jamais pu, malgré de patientes recherches, en constater l'existence. Les partisans de la théorie parasitaire s'appuient sur les quelques succès d'inoculation carcinomateuse publiés par les auteurs. Ils invoquent les expériences de Langenbeck, de Quinquaud, de Goujon. Ces observations sont trop peu nombreuses pour prouver la contagion.

Les faits contraires à cette doctrine ne se comptent plus à notre époque. Citons cependant Dupuytren, qui a nourri impunément des chiens et des lapins avec du cancer humain. Nous n'avons pas besoin

de rappeler les expériences négatives de Cruvelhier, Weber, Tanchou, Billroth, Tourdes, Lebert, Doutrelepont, Liouville, Dubuisson, Joseph Hyvert, Salle, etc. A l'heure actuelle, la nature parasitaire et contagieuse du carcinome n'est pas encore prouvée.

Sappey assure que les globules blancs altérés sont la cause de l'encéphaloïde. D'après cet auteur, une certaine quantité de leucocytes sort des vaisseaux et forme le centre de la tumeur ; les autres vont aux ganglions ou restent dans les veines et propagent le cancer dans tout l'organisme. Cette opinion est combattue par Ledoux-Lebard dans les *Archives générales de médecine* du mois d'avril dernier. Cette diapédèse spécifique n'est pas, selon nous, appuyée sur des faits assez nombreux et assez probants pour pouvoir être admise aujourd'hui.

VOLUME DE L'ESTOMAC

Quand le carcinome occupe l'anneau pylorique, il y forme un cercle résistant ; aussi les matières alimentaires, ne pouvant passer que lentement à travers cette filière, s'amassent dans l'estomac et le dilatent. La grande fréquence des néoplasmes de ce sphincter nous permet d'expliquer le volume considérable du ventricule gastrique des cancéreux.

Lorsque le cardia est atteint, les liquides seuls passent dans la cavité stomacale ; les solides, dont l'entrée est empêchée, produisent une dilatation de l'œsophage au-dessus de l'orifice rétréci. L'estomac diminue ordinairement de volume dans ce cas.

Si le carcinome occupe une face ou s'étend à tout l'estomac, la cavité se resserre, se contracte. Cette diminution de capacité est produite par la proéminence de la tumeur ou par la rétraction lente de la paroi dégénérée, ou bien aussi par l'augmentation d'épaisseur des tuniques stomacales et surtout l'hypertrophie de la membrane musculaire.

Notre malade avait, comme nous l'avons dit, l'estomac réduit aux dimensions du poing. Les exemples de faits semblables ne sont pas très communs. Stoll nous fournit, dans la première partie de sa *Médecine pratique*, la description d'un estomac squirrheux égalant à peine le diamètre du duodénum. Dittrich a vu l'estomac aussi petit qu'une orange chez une femme de cinquante-cinq ans. Dupertuis (de Champigny) présenta à la Société anatomique de Paris, en 1842, un ventricule gastrique de la grosseur du poing. Brinton n'a remarqué la contraction stomacale que trois fois sur deux cent quatorze cancers de l'estomac; deux fois le carcinome occupait l'orifice cardiaque, et dans l'autre cas un squirrhe s'étendait à presque toute la surface du viscère.

ADHÉRENCES DE L'ESTOMAC

Il arrive fréquemment que l'autopsie révèle l'existence de membranes immobilisant l'estomac en l'unissant aux organes de la cavité abdominale. Nous savons, en effet, que le cancer cause souvent un travail inflammatoire dans les parties de l'organisme voisines de son siège. Le carcinome stomacal produit une congestion dans les feuillets péritonéaux qui l'entourent; les cellules endothéliales de cette séreuse se détachent et un exsudat fibrineux se forme. Peu à peu, de fausses membranes, d'abord celluleuses, et plus tard fibreuses, se développent et unissent l'estomac au foie, à la rate, au pancréas, au diaphragme, au côlon, aux rein, à l'utérus, etc. Dans d'autres cas, au contraire, la séreuse péritonéale n'est pas seulement le siège d'une simple inflammation, les éléments cancéreux l'envahissent et se multiplient; au bout d'un certain temps ces productions néoplasiques finissent par unir le ventricule gastrique aux viscères abdominaux. M. le docteur Debelut, sur cinquante-trois cas, a noté vingt et une fois des adhérences fibreuses et trente-deux fois des membranes d'union de nature carcino-

mateuse. Dans environ la moitié des cas, les adhérences sont multiples ; d'après les chiffres trouvés par cet auteur, trente-huit adhérences complexes se montrent sur quatre-vingts cas. Le foie est l'organe le plus fréquemment relié par ces tissus de nouvelle formation au ventricule gastrique ; le pancréas, le côlon, la face inférieure du diaphragme, la rate, la paroi abdominale antérieure, etc., viennent ensuite. Ces liens, surtout lorsqu'ils sont de nature fibreuse, sont très résistants et intimement unis aux tuniques stomacales. Aussi la dissection est-elle dans ce cas minutieuse et pénible. Nous avons observé ce fait chez notre malade.

Dans les sept huitièmes des cancers de l'estomac, les adhérences coïncident avec l'ulcération du néoplasme. Pendant la vie, les péritonites adhésives simples ou carcinomateuses passent fréquemment inaperçues ; ordinairement, dans la suite, les adhérences ne peuvent être soupçonnées, malgré de patientes recherches, sauf dans les cas où la tumeur épigastrique est manifeste.

Ces néo-membranes opposent une barrière solide aux matières alimentaires quand l'ulcération a perforé les tuniques de l'estomac ; elles les empêchent de faire irruption dans le péritoine et de produire une inflammation suraiguë de cette séreuse ; elles arrachent donc momentanément le malade à la mort.

CANCERS SECONDAIRES ET ÉTAT DES AUTRES ORGANES

Les dépôts secondaires qui se collectionnent dans les organes des cavités thoraciques et abdominales sont communs, surtout si le néoplasme est de nature encéphaloïde. Sur cinquante-sept cas, Lebert a observé trente-deux fois des cancers secondaires, soit quatre fois sur sept. Brinton les a notés dans la moitié des cas. Le foie est le viscère qui est le plus souvent atteint, environ une fois sur quatre ; le poumon est dégénéré dans le douzième des observations. L'épiploon, le pan-

créas, le duodénum, le côlon, l'ovaire, l'utérus, etc., sont aussi envahis dans certains cas. Damaschino nous apprend que les ganglions lymphatiques de la petite courbure sont pris quarante-huit fois sur cent. Cornil et Ranvier disent qu'ils sont carcinomateux en totalité ou en partie dans tous les cas. Nous n'avons pas constaté cette dégénérescence chez notre sujet.

Le plus souvent le foie est adipeux et augmenté de volume, le cœur est fréquemment petit ; il est exceptionnel de constater une dilatation cardiaque.

CHAPITRE IV

ÉTIOLOGIE DU CANCER DE L'ESTOMAC

Nous passerons successivement en revue les causes prédisposantes et les causes déterminantes.

CAUSES PRÉDISPOSANTES

1° *Hérédité.* — Lebert dit que l'hérédité manque plus souvent qu'elle n'existe et qu'elle constitue plutôt l'exception que la règle. Il ne l'a trouvée que cinq fois sur quarante-deux observations, soit à peu près dans le huitième des cas. Il pense que bien des fois l'existence d'un carcinome chez plusieurs membres d'une famille n'est qu'une simple coïncidence due à la fréquence de la maladie.

Bayle, Cayol, Barras, Coitier, Baumès, Niemeyer, Guéneau de Mussy et Damaschino reconnaissent, au contraire, l'importance considérable de l'hérédité dans l'étiologie. Nous acceptons sans restriction leurs idées à ce sujet ; nous ajoutons, avec Baumès, que la diathèse cancéreuse peut être considérée comme n'étant jamais acquise, mais qu'elle n'est pas cependant fatale. Le fils d'un cancéreux n'est pas toujours condamné à le devenir ; la diathèse peut passer par-dessus une ou plusieurs générations. Ainsi donc, nous n'avons pas lieu de nous étonner si les chiffres que donne Lebert sur la transmission héréditaire

du carcinome sont si faibles. Nous devons aussi remarquer que, bien souvent, le malade ne peut fournir, par suite de certaines circonstances, aucun renseignement sur l'état de santé de ses parents, comme cela nous est arrivé. Les idées de Lebert cherchant à expliquer la production du cancer du père et du fils, par exemple, par une coïncidence fortuite, ne reposent sur aucun fait et ne s'appuient sur aucune base sérieuse. L'observation d'hérédité du carcinome stomacal la plus classique est celle de la famille Bonaparte : Napoléon I^er^, son père et l'une de ses sœurs ont succombé au cancer.

2° *Age.* — Le carcinome peut se rencontrer exceptionnellement chez le nouveau-né. La science possède deux cas de cancer congénital : l'un, de nature squirrheuse, siégeait au pylore et a été observé par Williamson en 1841 ; l'autre, étudié il y a huit ans par Cullingsworth, était un épithélioma. Pendant l'enfance et la puberté, le carcinome est encore une affection très rare. Jaccoud, Hardy, Béhier et Grisolle disent que le cancer est exceptionnel de trente à quarante ans. Lebert ne l'a pas vu souvent avant trente-cinq ans, et Chardel avant trente-six. Niemeyer fixe son maximum de fréquence de quarante à soixante ans. Suivant Valleix et Brinton, il est le plus commun entre cinquante et soixante-dix. Au-dessus de cet âge, on l'observe assez rarement. Nous conclurons donc que le cancer est une maladie de l'âge adulte et de la première partie de la vieillesse.

3° *Sexe.* — Au sujet de son influence, les médecins arrivent à des résultats diamétralement opposés. Chardel, sur vingt cas, trouve quinze hommes, soit 75 pour cent. Barras ne présente dans son relevé que des hommes. Marc d'Espine admet, au contraire, la plus grande fréquence de l'affection chez les femmes ; sur cent seize malades, il y a cinquante-quatre hommes, chiffre correspondant à 46,5 pour cent. Lebert est du même avis : dix-neuf hommes sur quarante-deux cancéreux, ce qui équivaut à 45,2 pour cent. Brinton base sa statistique sur des nombres plus élevés : sur sept cent

quatre-vingt-quatre sujets, quatre cent quarante, ou un peu plus de 56 pour cent, appartiennent au sexe masculin. Jolly donne une moyenne de 53 pour cent. Valleix, sur trente-trois individus, compte vingt hommes ; d'après son relevé, la proportion égale 60,6 pour cent. Jaccoud pense qu'il atteint les deux sexes d'une façon identique. Damaschino, Niemeyer et la majorité des auteurs reconnaissent que les hommes y sont plus exposés. Selon nous, si le cancer stomacal est l'apanage du sexe fort, ce n'est point le sexe qu'il faut incriminer, mais bien les causes occasionnelles, que nous étudierons dans les pages suivantes.

4° *Tempérament, diathèses.* — Cette partie de l'étiologie est encore très obscure. Chardel a observé la prédominance du cancer chez les individus lymphatiques. Suivant Barras, les scrofuleux, les herpétiques, les arthritiques, etc., y sont prédisposés. Valleix reconnaît l'influence de l'arthritisme. Constantin Paul soutient que c'est une rareté de voir les scrofuleux mourir cancéreux. Nous croyons devoir rappeler que le malade dont l'histoire est racontée au début de ce travail a eu pendant sa jeunesse une scrofule parfaitement caractérisée et qu'il a toujours été lymphatique.

Nous pouvons conclure que si le tempérament et la diathèse strumeuse ne prédisposent pas au carcinome, ils n'empêchent pas son apparition et ne modifient nullement son évolution.

5° *Constitution.* — Certains sujets jouissent d'une santé parfaite et sont doués d'une bonne constitution avant la manifestation de la diathèse cancéreuse ; d'autres individus ont été toujours faibles. L'influence de la constitution ne peut donc être admise.

6° *Climats et régions.* — Le carcinome stomacal serait endémique dans une vallée de la Forêt-Noire, d'après Naumann. Mais les auteurs contemporains n'ont pas confirmé cette opinion. Le cancer est commun en Suisse, en Angleterre, en Allemagne, en Autriche et

dans quelques provinces de la France, la Normandie surtout, selon Cloquet. On l'observe rarement en Turquie et en Perse. Griesinger n'en a pas vu de cas chez les Egyptiens. L'influence de certains pays est, selon nous, hypothétique. Nous expliquerons plus loin les causes de cette distribution irrégulière du carcinome à la surface du globe.

7° *Etat de fortune.* — Nous trouvons, au sujet de cette question, les mêmes divergences que pour le sexe. Marc d'Espine trouve, sur vingt et un cancéreux, quinze riches et six pauvres. Chardel a observé la prédominance du carcinome dans les basses classes de la société ; c'est aussi l'opinion de Niemeyer. L'état de fortune n'a pas d'action prédisposante ; toutefois l'aisance permet au sujet de faire bonne chère, de se nourrir de gibier faisandé, etc. La pauvreté conduit le malheureux à faire des excès d'alcool ou l'oblige à s'alimenter d'une manière défectueuse. L'influence de ces conditions et de ces coutumes sera examinée plus loin.

8° *Célibat* (avec abstinence). — Galien a soutenu qu'il y a des individus qui, s'ils ne se livrent pas assidûment aux plaisirs vénériens, éprouvent des pesanteurs de tête, du dégoût pour la nourriture ; quelques-uns, ajoute-t-il, à l'exemple des mélancoliques, ont de la tristesse et digèrent mal. Barras admet aussi que la rétention du fluide séminal peut amener des malaises, des digestions laborieuses, des douleurs à l'épigastre et l'hypochondrie. Bayle accuse le célibat de prédisposer au cancer de l'estomac. Nous croyons que les opinions des trois auteurs précédents ne sont pas appuyées sur des bases sérieuses, et qu'elles ne peuvent être soutenues devant les nombreux faits de dyspepsie ou de carcinome stomacal chez des individus mariés ou usant modérément des plaisirs.

CAUSES OCCASIONNELLES

1° *Exès de plaisirs, coït peu d'instants après le repas, mariage à un âge avancé, onanisme.* — Quelques auteurs considèrent l'une ou l'autre de ces conditions ou de ces habitudes comme prédisposant au cancer ; ces idées ne sont plus admises aujourd'hui. Tout au plus reconnaît-on actuellement qu'elles amènent parfois des troubles digestifs, capables de déterminer la diathèse à se localiser dans l'estomac.

2° *Chagrins et émotions prolongés, travaux intellectuels, vie sédentaire.* — Chardel prétend que pendant la Révolution les carcinomes étaient très communs, à cause des craintes et des émotions de l'époque. Niemeyer, Lebert et Georges Bonnet pensent que les passions tristes sont sans influence. Thus, dans sa thèse, dit qu'on a regardé comme cause du mal ce qui, en définitive, n'en est qu'un des premiers effets. La longue durée et l'intensité des chagrins, la respiration dans un air confiné, la vie de bureau, etc., peuvent cependant produire une telle déchéance de l'organisme et des troubles dyspeptiques si marqués que la diathèse, jusque-là latente, manifeste sa présence.

3° *Excès alcooliques.* — Cette partie de l'étiologie est, à vrai dire, la plus controversée. Stoll a vu plusieurs fois les excès alcooliques produire des squirrhes du pylore. Chardel n'a noté qu'un seul cas de carcinome dans ces conditions et met en doute cette cause. Bayle et Cayol placent l'alcoolisme parmi les causes locales du cancer. Broussais attribue une grande influence aux irritants (gibier, élixirs, alcool, condiments). Quelques années plus tard, les médecins tombent dans l'excès contraire et disent que l'alcool ne joue aucun rôle. Lebert s'exprime ainsi : « Nous n'avons pu constater l'influence des excès

alcooliques, auxquels on a attribué une si grande part dans la production du cancer de l'estomac. Nous avons pratiqué pendant longtemps dans une contrée dans laquelle l'abondance, la bonne qualité et le bon marché du vin entraînent beaucoup d'individus à faire des excès de boissons, et certainement le nombre des sujets atteints de cancer de l'estomac que nous avons observés pendant onze ans n'a point été considérable.» Damaschino dit qu'on ne peut pas se prononcer sur cette question. Valleix doute aussi de l'influence des irritants ; il n'a trouvé que deux alcooliques sur trente-trois cancéreux. Pour Niemeyer, les alcooliques ne jouent aucun rôle. Millard, dans le rapport qu'il fit, en 1856, à la Société anatomique de Paris, sur une observation d'encéphaloïde du pylore chez un ivrogne, dit que, parmi les causes du cancer de l'estomac, l'abus des alcooliques est une de celles dont l'action est le mieux démontrée. Luton admet que ces excitations anormales et répétées sont un point d'appel tout trouvé pour les dégénérescences cancéreuses. Guéneau de Mussy reconnaît aussi que l'alcoolisme est une cause occasionnelle.

L'alcool, surtout lorsqu'il est pris à jeun sous forme d'absinthe, de vermouth ou même d'eau-de-vie, est funeste à l'estomac, parce qu'il agit directement sur la muqueuse et la congestionne. Au bout de quelque temps, l'appétit disparaît, les digestions deviennent difficiles, et l'individu est dyspeptique. Il résulte, en effet, des expériences de Beaumont sur son Canadien, que la muqueuse stomacale devient, au contact des alcooliques, le siège d'un érythème plus ou moins marqué, et qu'elle se couvre de gouttelettes de sang ; elle est tantôt ramollie, tantôt indurée. Notons que l'action des spiritueux est moins énergique après le repas, et que le vin ordinaire n'a pas une influence aussi grande que les autres boissons alcooliques ; il n'a habituellement que 8 à 10 degrés d'alcool, tandis que l'absinthe en a plus de 70.

Remarquons aussi que dans les régions où l'on boit beaucoup de vin, on ne le prend pas à jeun. Lebert aurait dû nous indiquer le pays où il a observé, pour nous permettre de contrôler son assertion. Nous pensons donc que son objection n'est pas fondée. Souvent

cependant, nous le reconnaissons, les excès alcooliques ne se trouvent pas incriminés dans les statistiques des auteurs ; ils sont même regardés comme des causes déterminantes presque exceptionnelles. Nous croyons que bien des fois l'ivrogne cache ses vices et n'avoue pas sa passion pour les liqueurs ou l'eau-de-vie, de peur de se compromettre ou de se nuire. Parfois, le malade est de bonne foi et s'imagine qu'il ne fait qu'un usage raisonnable des boissons. Voilà, selon nous, les causes qui empêchent les excès alcooliques d'être notés plus souvent dans les relevés des médecins.

Remarquons, et c'est là un sérieux argument pour la théorie que nous soutenons, que les musulmans, obligés par le Coran à se priver d'alcool, ne connaissent presque pas le carcinome stomacal. Les peuples de l'Occident et du nord de l'Europe, les Anglais, les Allemands et les Normands, qui font, au contraire, une consommation considérable de spiritueux, sont décimés par cette terrible affection.

Admettons donc, et notre observation corrobore nos conclusions, que l'alcool doit être souvent incriminé dans la production du cancer de l'estomac ; reconnaissons aussi avec notre savant Maître M. Castan que c'est en irritant d'une manière permanente les tuniques gastriques qu'il y appelle la manifestation de la diathèse préexistante, comme le fait la contusion du sein chez la femme de souche cancéreuse.

4° *Abus du tabac.*— Depuis son importation jusqu'à nos jours, le tabac a été accusé de bien des méfaits. Déjà Hill assure avoir observé une personne présentant un polype remplissant son estomac, et attribue la formation de ce néoplasme à la grande quantité de tabac qu'elle avait prise. Van Helmont et Ramazzini soutiennent que le tabac diminue la faim, que son action énerve l'estomac et détruit l'énergie du suc salivaire. M. Pécholier reconnaît que le fumeur qui fait des abus de tabac devient dyspeptique ; il remarque avec beaucoup de raison que souvent le *socius* du tabac, l'alcool, vient encore ajouter son action malfaisante. M. Guès pose ce dilemme : « Ou la salive est

rejetée par le fumeur, ce qui constitue une déperdition, ou elle est avalée et vient mettre au contact de la muqueuse gastrique une certaine quantité de nicotine qui ne favorise pas assurément le travail digestif. »

Percy et Jolly admettent que l'habitude outrée de fumer conduit au carcinome stomacal. Il est donc généralement admis que l'abus du tabac produit des troubles digestifs très manifestes ; et, nous l'avons déjà dit, la dyspepsie est souvent la cause déterminante du cancer chez un sujet prédisposé. Mais il existe des degrés dans la nocuité du tabac, suivant les divers modes d'emploi. Le cigare et la pipe à tuyau court, comme chez notre malade, permettent l'absorption de la plus grande partie des principes toxiques du tabac. L'oucka, le narghileh, les pipes du Mogol, sont bien moins dangereux.

5° *Mauvaise alimentation, abus des condiments et des acides.* — Nous ne nous étendrons pas longuement sur ces causes occasionnelles ; tout ce que nous avons dit pour le tabac et l'alcool peut leur être appliqué. Nous trouvons dans Haller l'observation d'un squirrhe de l'estomac à la suite de l'abus du vinaigre. Jaccoud ne croit pas à leur action. Heurtaux (de Nantes) pense qu'on peut admettre leur influence dans quelques cas. Lebert ne signale pourtant cette cause que trois fois sur ses quarante-deux cas. Nous pensons donc que l'abus des condiments et des acides, ainsi qu'une nourriture défectueuse, peuvent être incriminés chez quelques cancéreux.

6° *Contusions de l'épigastre, etc.*— Dans quelques circonstances exceptionnelles, les malades attribuent leur affection stomacale à un coup, à une contusion de la région épigastrique. Barras place aussi, parmi les causes de l'inflammation de l'estomac, les contusions ou toute autre violence exercée sur les hypochondres ou l'épigastre. Ce même auteur admet que la compression prolongée de l'estomac par la flexion du thorax sur l'abdomen amène des troubles digestifs. Les couturières, les tailleurs, les cordonniers, sont dans ces conditions. Le corset trop

serré et à busc trop rigide produit dans quelques cas des phénomènes dyspeptiques. Nous pensons donc qu'à la longue l'une ou l'autre de ces habitudes peuvent, comme un choc, une forte meurtrissure de l'épigastre, servir de cause déterminante à la diathèse cancéreuse.

Nous ne nous occuperons pas de la suppression des hémorrhoïdes, de la cicatrisation de certains ulcères, des fièvres intermittentes, du séjour dans les grandes villes, du jeûne, de la répercussion des exanthèmes, que quelques médecins ont incriminés dans l'étiologie du carcinome, mais dont l'influence n'a jamais été démontrée.

CHAPITRE V

SYMPTOMATOLOGIE

Dans des cas exceptionnels, le cancer évolue sans manifester sa présence.; il est latent. Mais le plus souvent, il s'accompagne de phénomènes nets et évidents.

Pour faciliter la description symptomatique, nous reconnaîtrons deux périodes dans l'évolution du carcinome. La première période est caractérisée par l'anorexie, les douleurs épigastriques et dorsales, les modifications du caractère, les vomissements alimentaires, les hématémèses, le mélæna et les troubles intestinaux. La deuxième période commence à l'apparition de la tumeur stomacale et comprend les divers signes de la cachexie cancéreuse.

Etudions successivement et en détail les symptômes que nous venons d'énumérer.

PÉRIODE INITIALE

1° *Anorexie.* — L'appétit diminue souvent dès le début de la maladie et l'inappétence ouvre la scène bien avant l'apparition des autres signes. Parfois cependant, l'anorexie ne se montre que plus tard et lorsque le néoplasme a pris un certain développement. Elle peut aussi, dans des cas rares, disparaître momentanément.

D'après Brinton, l'inappétence existe quatre-vingt-cinq fois sur cent. Cet auteur soutient que le sujet atteint d'un ulcère simple de l'estomac ne mange pas pour éviter les souffrances causées par la digestion : le cancéreux, dit-il, manque absolument d'appétit, ressent de la répulsion pour les aliments.

Ce signe est bien infidèle. Notre malade a résisté fort longtemps à la faim, restée normale ; ce n'est que dans la suite que l'anorexie est survenue ; durant l'évolution de la tuberculose pulmonaire, elle a disparu presque complètement.

La boulimie se montre rarement. Lebert, sur trente-trois malades, l'a notée une fois. D'après son relevé, l'appétit a persisté chez quatre cancéreux ; chez six autres, il a diminué, et chez vingt-deux ou les deux tiers, il a fait place à l'anorexie. Valleix nous fournit des chiffres analogues : il a remarqué, sur une série de dix-huit sujets, une fois la conservation de l'appétit ; trois fois l'inappétence a été suivie du retour de la faim normale dans les quatre à cinq derniers mois de la vie ; les autres présentaient de l'anorexie.

Beaucoup de médecins, notamment Cruvelhier, ont donné le pica comme un symptôme propre à l'ulcus rotundum ; notre malade, cependant, a présenté pendant longtemps une vraie passion pour les substances salées, acides ou même les matières indigestes.

Les auteurs citent le dégoût profond qu'ont en général les cancéreux pour la viande. Il nous a été impossible de constater cette répulsion chez notre sujet.

2° *Douleur.* — Elle est spontanée ou provoquée par la pression et offre de grandes différences d'intensité et de siège chez les divers individus.

Etudions d'abord le premier genre de douleur. Dans la statistique de Lebert, nous trouvons que trois sujets n'ont jamais ressenti de souffrances ; deux ont eu des douleurs légères et fugaces ; trente-cinq (ou les cinq sixièmes) ont eu des crises gastralgiques très vives.

Brinton l'a observée cent quatre-vingt-neuf fois sur deux cent cinq

malades, soit à peu près dans les quatre-vingt-douze centièmes des cas. Dix-sept des cancéreux de Valleix ont présenté ce symptôme, un seul en a été exempt.

La douleur ouvre souvent, avec l'anorexie, la symptomatologie du carcinome stomacal ; elle est rarement intense au début ; elle consiste alors en une sensation de poids à l'épigastre, surtout au moment de la digestion. Plus tard, elle devient lancinante chez les uns, térébrante chez quelques autres ; certains malades disent qu'elle est rongeante ou brûlante. L'ingestion de la nourriture l'exaspère quelquefois. C'est spécialement chez les jeunes sujets et dans le cas d'encéphaloïde que les souffrances sont pénibles. Notre malade a confirmé cette observation.

Son siège est variable : elle occupe le plus souvent l'épigastre ; parfois elle se localise dans l'hypochondre droit ou gauche ou la région sternale. Elle peut aussi siéger à la partie dorsale ou lombaire de la colonne vertébrale.

Brinton dit que le carcinome de la face postérieure de l'estomac offre le caractère d'occasionner des souffrances à la partie moyenne du dos et dans les lombes. Remarquons que notre malade n'a jamais présenté de douleurs lombaires ; nous pouvons ajouter qu'il n'est pas encore prouvé que le siège de la douleur puisse nous indiquer quelle est la partie stomacale lésée.

La douleur peut s'amender et même disparaître momentanément ou même ne plus se montrer comme dans notre cas. Elle est continuelle ou se présente sous la forme d'accès cardialgiques. Elle apparaît parfois à une heure fixe, et sa périodicité peut faire diagnostiquer une affection paludéenne larvée.

La douleur provoquée par la pression à l'épigastre manque assez souvent. Sept des sujets de Valleix n'offraient pas ce symptôme. Chez quelques cancéreux, la palpation éveille d'assez grandes souffrances ; chez d'autres, elle ne produit qu'une sensation de gêne. Certains malades ne présentent cette douleur provoquée que très tardivement. Elle peut se montrer dès le début du carcinome et disparaître au bout de plusieurs mois.

3° *Hypochondrie et nervosisme.* — La plupart des cancéreux sont irritables et sombres ; ils sont portés à la mélancolie. Mais ces modifications du caractère existent aussi dans les autres maladies de l'estomac, l'ulcère rond, selon Cruvelhier.

4° *Vomissements.* — Dans la majorité des cas, nous observons au début du carcinome des renvois acides, des vomissements pituitaires fréquents, surtout le matin ; parfois une douleur le long de la colonne vertébrale vient s'ajouter à la sensation de pesanteur épigastrique. Plus tard, les digestions deviennent difficiles, les nausées se montrent et les vomissements alimentaires apparaissent. Ces symptômes appartiennent aussi à la gastrite chronique. Nous reviendrons sur ce point en nous occupant du diagnostic.

Avant d'aller plus loin dans l'étude des vomissements, discutons la question de savoir si nous sommes en présence d'une simple inflammation chronique de la muqueuse stomacale donnant naissance au cancer, ou si le carcinome est la cause des troubles gastriques.

Pour nous, la production rapide d'éléments cancéreux dans les tuniques de l'estomac resserre et étrangle les extrémités des filets nerveux du pneumogastrique, et l'excitation du nerf vague par le néoplasme cause la douleur et le vomissement. La gastrite qui accompagne le cancer n'est que secondaire ; elle est produite par la présence de la tumeur, qui, à l'instar d'un corps étranger, irrite la muqueuse à son voisinage.

Ce point établi, nous revenons à l'étude des vomissements. Ils se présentent le plus souvent loin des repas ; parfois les malades rendent le lendemain les aliments ingérés la veille. Dans quelques cas, les vomissements sont électifs ; le cancéreux digère le lait et rejette la viande, par exemple. Si l'expulsion des aliments se montre quelques heures après la prise de la nourriture, nous pouvons diagnostiquer une lésion carcinomateuse du pylore, ayant amené consécutivement un rétrécissement de cet orifice et une dilatation de l'estomac. C'est dans ce cas que l'on trouve des sarcines dans les matières vomies. Dans

le cancer du cardia, les vomissements se montrent, au contraire, peu de temps après l'ingestion des aliments. Dans le cancer de la face postérieure, les vomissements sont fréquents.

Notre malade présentait ce symptôme à un très haut degré ; ses vomissements se produisaient dix à vingt minutes après le repas. L'autopsie nous a appris que l'estomac était réduit à une capacité anormale ; aussi dès qu'un excédent de nourriture distendait ses parois, l'estomac se contractait et expulsait son contenu.

Il est rare que les vomissements alimentaires, après avoir été quotidiens, s'amendent et finissent par disparaître comme dans notre cas.

Notons que les vomissements sont un des symptômes les plus constants du carcinome. Sur les vingt-six cancéreux observés par Valleix, vingt-quatre présentaient ces troubles gastriques. Brinton dit qu'ils ne font défaut que treize fois sur cent. On remarque, assure cet auteur dans son *Traité des maladies de l'estomac*, qu'en général le vomissement dans le cancer est moins constant, moins intense, et par conséquent moins grave que dans l'ulcère, et que souvent il est limité aux dernières semaines de la vie. Cette règle admise dans l'auteur anglais ne peut être acceptée, parce qu'elle souffre de trop nombreuses exceptions.

La majorité des médecins admet que les vomissements sont surtout fréquents chez les individus dont le carcinome est ulcéré. Le fait est vrai dans la généralité des cas ; mais n'oublions pas toutefois que nous pouvons rencontrer des sujets qui ne vomissent jamais, malgré une vaste ulcération des tuniques stomacales, et observer aussi des vomissements répétés chez certains malades (et le nôtre était de ce nombre) ne présentant aucune érosion de la muqueuse gastrique.

Recherches des cellules cancéreuses. — Schœnheim a indiqué la présence des cellules cancéreuses dans les matières vomies et en a fait un signe de premier ordre, permettant d'arriver sûrement au diagnostic. Brinton reconnaît que les éléments carcinomateux existent à la période d'ulcération et peuvent s'examiner au microscope ; il recom-

mande de débarrasser complètement les liquides vomis des débris alimentaires, si l'on ne veut pas s'exposer à faire de vaines recherches. Ossian-Bonnet est du même avis. Damaschino dit que les portions du néoplasme qui sont expulsées ont subi l'altération granulo-graisseuse, et qu'en conséquence, leurs éléments cellulaires ne sont guère reconnaissables. Bizzozero et Firket soutiennent aussi que les résultats de l'examen histologique n'ont pas justifié l'espérance de quelques auteurs et qu'il est impossible de reconnaître au microscope les cellules carcinomateuses baignant dans les liquides vomis. Ainsi donc, ces recherches, qui semblaient de prime abord devoir nous apporter de puissants éléments de diagnostic, doivent être abandonnées.

5° *Hématémèse.* — Le vomissement de sang est le symptôme le plus inconstant du cancer de l'estomac ; il est plus commun dans le carcinome encéphaloïde que dans les autres variétés. Brinton a noté l'hématémèse quarante-deux fois sur cent malades. Lebert l'a observé vingt-quatre fois sur quarante-deux cancéreux. Les hémorrhagies stomacales se montrent parfois comme le symptôme du début de l'affection gastrique ; le plus souvent, elles n'apparaissent qu'après l'anorexie, la douleur et les vomissements.

Le vomissement de sang pur est assez rare et ne se présente qu'une fois sur six ; dans la majorité des cas, le sang séjourne un certain temps dans l'estomac avant d'être expulsé ; l'acide gastrique produit des modifications considérables dans le liquide sanguin et le fait ressembler à la suie, au marc de café.

Les vomissements de cette couleur ont été considérés pendant longtemps comme pathognomoniques, mais aujourd'hui les auteurs, notamment Trousseau, reconnaissent leur existence dans l'ulcère chronique. Andral prétend les avoir même observés dans la gastrite simple : l'autopsie ne révéla, dit-il, aucune lésion appréciable des parois stomacales. Nous devons ajouter cependant que l'hématémèse couleur marc de café est plus commune dans le carcinome que dans l'ulcus rotundum.

Dans quelques cas, la gastrorrhagie du cancer stomacal peut être foudroyante ; plus fréquemment le malade devient brusquement d'une pâleur cadavérique ; mais ordinairement le cancéreux ne se plaint que d'une douleur très intense au creux épigastrique ; ce n'est que quelques instants après que le sang coagulé est rejeté au dehors sous forme d'une poussière noire.

L'hématémèse est due parfois à une simple exhalation ; souvent elle est causée pas la rupture d'un petit vaisseau du néoplasme ; dans les cas rares où l'hémorrhagie est mortelle, on constate l'ouverture d'une artère placée en dehors des parois gastriques. Chez notre malade, les hématémèses étaient produites par la congestion de la muqueuse et l'exsudation sanguine consécutive. Les gastrorrhagies répétées appartiennent surtout à la période d'ulcération du carcinome. Nous n'insisterons pas sur leur étude ; elles n'ont jamais existé chez notre sujet.

6° *Mélœna*. — Quand le sang n'est pas rejeté au dehors par le vomissement, il passe dans l'intestin et est expulsé avec les fèces. L'action successive de l'acide gastrique, des sucs entérique et pancréatique et de la bile le modifient tellement dans certains cas, qu'il devient impossible à reconnaître. Le plus souvent, il se présente sous la forme de déjections noires ou brunes. Si la gastrorrhagie a été très abondante, le sang passe au dehors sans changement notable de couleur. Le mélæna est un symptôme commun à l'ulcère rond et au carcinome.

7° *Troubles intestinaux* (constipation, diarrhée). — Le cancer stomacal s'accompagne fréquemment d'une constipation opiniâtre dès le début de l'affection. La constipation exige l'usage habituel de lavements émollients et purgatifs. Il est rare que l'on observe des alternatives de constipation et de diarrhée. Lebert a noté, sur trente sujets, onze fois une constipation persistante durant toute l'évolution du carcinome ; douze fois le remplacement de la constipation par la diarrhée

à une période avancée de la maladie; deux de ces cancéreux ont toujours eu des selles normales ; un avait des fèces décolorées ; deux les avaient sanguinolentes, et quatre présentaient des selles noires.

La diarrhée se montre en général après l'ulcération du néoplasme; elle appartient surtout à la période de cachexie. Elle est causée par le passage du pus et du sang dans le canal intestinal. Bien des fois, elle est un signe de mauvais augure poursuivant le malade jusqu'au tombeau. A une époque avancée de l'affection cancéreuse, on peut observer le rejet de matières alimentaires n'ayant presque pas subi de modifications. Ce phénomène, appelé lientérie, est dû à la destruction de la valvule pylorique par l'ulcération ou à l'existence d'une fistule reliant l'estomac au côlon. Plus rarement encore, l'intestin, après avoir éprouvé une série de dérangements variés, revient, dans les derniers mois de la vie, à son fonctionnement normal. Notre cancéreux en fournit un exemple.

DEUXIÈME PÉRIODE

1° *Tumeur épigastrique.* — La tumeur stomacale est, d'après tous les médecins, le signe caractéristique de l'existence d'un néoplasme. Sur dix-sept malades observés par Valleix, elle existait douze fois. Brinton l'a recherchée sur cent cinquante-neuf individus et l'a trouvée cent vingt-huit fois ; la proportion correspond à 81 pour cent. Lebert ne l'a vue absente que quatre fois sur trente-six cas.

Pour rechercher la présence de la tumeur, il faut prendre les précautions suivantes, qui sont de première nécessité : le malade doit être couché, les membres inférieurs relevés et la bouche ouverte. Dans cette position, les muscles droits de l'abdomen ne forment pas un plan résistant et ne gênent pas la palpation.

A la simple inspection de la paroi abdominale, la tumeur peut se dessiner sous la forme d'une petite éminence siégeant ordinairement tout près de l'ombilic et quelquefois aussi dans l'hypochondre droit ;

notons cependant que nous pouvons l'apercevoir dans l'hypochondre gauche dans des cas rares. A la pression, elle se délimite parfois avec une grande facilité ; mais lorsqu'il existe des adhérences de l'estomac et du foie, il est difficile de fixer ses bornes. Elle est dure, bosselée, inégale et quelquefois douloureuse. A son niveau, la percussion donne un son mat ; il ne s'observe assez fréquemment que de la submatité, tranchant sur la sonorité exagérée de l'estomac. La tumeur est d'un volume variable et douée d'une certaine mobilité ; si l'on ne peut la faire changer de place, on peut penser que l'estomac adhère fortement aux organes voisins. Elle est exceptionnellement animée de battements isochrones à ceux de l'aorte.

Lorsque le carcinome occupe le pylore, la grande courbure ou la face antérieure de l'estomac, la tumeur est facile à percevoir ; mais si le néoplasme siège au cardia, à la petite courbure ou à la face postérieure, le diagnostic est loin d'être aussi simple ; souvent, dans ce cas, la tumeur échappe à nos investigations les plus minutieuses. Le cancer en nappe ne forme pas de tumeur appréciable.

Entre ces deux extrêmes, il peut se montrer bien des degrés intermédiaires ; nous ne trouvons parfois qu'une simple rénitence, une légère induration ; nous pensons qu'il est imprudent, dans le cas où l'on n'éprouve qu'une sensation d'empâtement épigastrique, de diagnostiquer l'existence d'un carcinome stomacal. Trousseau nous apprend, en effet, qu'il crut à la présence d'un néoplasme chez un homme de cinquante ans offrant les symptômes suivants : amaigrissement, constipation, vomissements, induration très nette à l'épigastre, hématémèses couleur marc de café.

L'autopsie permit de constater que l'estomac ne renfermait aucun carcinome, et l'examen histologique que fit M. Ch. Robin montra seulement une hypertrophie de la tunique musculaire.

2° *Cachexie.* — D'après la statistique de Brinton, la cachexie se montre dans les trois quarts des cas de cancer stomacal. Fréquemment nous observons que la peau prend une teinte jaune paille caractéris-

tique ; quelquefois il existe un véritable ictère. Dans d'autres circonstances, les téguments présentent la pâleur de l'anémie. Le phénomène le plus constant est l'amaigrissement considérable qui atteint le malade ; l'émaciation n'est pas si prononcée dans aucune maladie chronique (Valleix). Les muscles sont réduits à un volume très faible, le tissu cellulaire a disparu presque complètement ; les forces sont anéanties. Ces derniers symptômes, prononcés au suprême degré chez notre sujet, sont loin d'être pathognomoniques ; Brinton déclare que la cachexie peut être aussi manifeste chez l'individu porteur d'un ulcère chronique simple.

C'est à cette période de l'évolution cancéreuse que nous observons fréquemment les hydropisies par trombose ou cachectiques ; elles ne manquent que deux fois sur cent cas. L'œdème se montre d'abord aux malléoles et se généralise ensuite dans tout le corps.

Il y a déjà fort longtemps que Trousseau a proclamé, dans ses *Leçons cliniques*, l'importance de l'apparition d'une phlegmatia alba dolens à la jambe ou au bras. La température s'élève, le pouls s'accélère dans quelques cas et dans les derniers jours de l'existence. Le ventre se rétracte parfois, comme nous l'avons observé chez notre malade. Dans certaines circonstances, le cancéreux sent que ses extrémités se glacent peu à peu, voit sa muqueuse buccale se couvrir de muguet et ses urines devenir rares et sédimenteuses. Le plus souvent, il meurt en ayant conservé toute son intelligence ; mais remarquons aussi que l'agonie peut s'accompagner exceptionnellement d'un vrai délire.

CHAPITRE VI

MARCHE ET TERMINAISON

Le cancer, dans la presque généralité des cas, n'offre pas de moment d'arrêt dans son évolution ; ses symptômes augmentent de jour en jour d'intensité, les troubles digestifs s'aggravent de plus en plus, et le malade succombe dans le marasme. Dans certaines circonstances, l'ulcération du carcinome détruit la paroi d'une artère, et une hémorrhagie foudroyante l'emporte brusquement, ou bien les progrès de ce travail de destruction moléculaire parviennent à opérer une perforation des parois stomacales, et à la suite de l'irruption des matières alimentaires dans la cavité péritonéale, une inflammation suraiguë de cette vaste séreuse se déclare et enlève le cancéreux au bout de quelques heures.

Le carcinome, dans certains cas, se généralise aux organes abdominaux ou thoraciques et finit par arrêter des fonctions indispensables, telles que l'excrétion urinaire, la formation de la bile ou la respiration. Dans un dernier groupe, nous placerons les cancéreux dont la fin est hâtée par le développement simultané d'une tuberculose pulmonaire.

Cependant on observe aussi quelquefois de légères rémissions, un arrêt momentané de la maladie, une disparition presque complète

mais passagère des symptômes ; il est encore plus rare que l'amaigrissement s'arrête et soit remplacé par un commencement d'embonpoint.

DURÉE

Lorsqu'on soigne des sujets atteints d'un carcinome stomacal, on n'en voit aucun vivre dix ou onze ans, comme on l'observe assez fréquemment chez les femmes de la Salpêtrière présentant un squirrhe du sein. Le cancer de l'estomac est, en effet, un obstacle de premier ordre à la digestion ; il prédispose, nous le savons, à bien d'autres affections ; aussi sa durée est-elle courte. La moyenne observée par Lebert est à peine de treize mois. Valleix a vu la maladie évoluer en quatre mois et a noté une seule fois la persistance de la vie pendant trois ans et demi ; le plus grand nombre a vécu quinze mois. Jaccoud dit qu'il évolue dans une période variant de douze à quinze mois. D'après Brinton, dont la statistique est basée sur cent quatre-vingt-dix-huit observations, les cancéreux vivent généralement douze mois et demi. Les carcinomes encéphaloïde et colloïde ont une durée très faible ; il en est de même des cancers des orifices cardiaque ou pylorique. Nous basant sur les relevés des auteurs, nous admettrons que le cancer stomacal ne dure habituellement que douze à quatorze mois. Remarquons en terminant que notre malade a dépassé de beaucoup la moyenne : il a vécu vingt-deux mois.

PRONOSTIC

Après les longs développements que nous avons donnés à l'étude de la marche et de la durée du cancer de l'estomac, il paraît oiseux de s'occuper de la question du pronostic. Nous serons cependant obligé de réfuter les assertions de l'Ecole physiologique et de résumer les

opinions des médecins de notre époque. Broussais, qui voyait partout de l'inflammation et qui faisait du carcinome stomacal une simple gastrite chronique, admettait sa curabilité. Barras s'efforça aussi de prouver la guérison possible de cette maladie. En 1851, une discussion s'éleva sur cette question entre les membres de la Société anatomique de Paris. Les opinions les plus opposées y furent soutenues. Bennett (d'Edimbourg) assura que ces néoplasmes peuvent dans quelques cas subir la transformation graisseuse et sont comme les tubercules des affections curables. Barth approuva les idées du savant Ecossais. Broca et Lebert déclarèrent que le carcinome est au-dessus de nos moyens thérapeutiques et n'est pas susceptible de guérison.

Aujourd'hui, il est inutile de le faire remarquer, le pronostic du cancer de l'estomac est considéré comme toujours fatal. Les cas de guérison signalés par les observateurs de la première moitié du siècle doivent être rapportés à l'ulcère simple. Brinton, Heurtaux, Cornil et Ranvier et les auteurs classiques soutiennent ces idées.

Toutefois, nous devons admettre des degrés dans la gravité du pronostic. Les phénomènes gastriques d'une grande intensité, les hématémèses abondantes et répétées, l'émaciation rapide, la cachexie promptement manifeste, nous feront prédire la fin du cancéreux à brève échance. Au contraire, dans le cas où les symptômes du commencement n'auront pas été nets, où un temps assez considérable se sera écoulé entre le malaise initial et les signes caractéristiques du carcinome, où les vomissements seront rares et l'amaigrissement peu marqué, nous pouvons espérer que la durée de l'affection sera longue.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic du carcinome stomacal est facile et s'impose même au praticien le moins expérimenté, dans le cas où l'anorexie, la douleur, la tumeur épigastrique, les hématémèses, la cachexie existent. Mais il

est rare que nous trouvions réunis tous les symptômes que nous venons d'énumérer ; et ce qui est plus malheureux encore, c'est que le carcinome peut, dans quelques circonstances, être tout à fait latent. Reconnaissons toutefois avec Brinton que le diagnostic du cancer de l'estomac a fait de grands progrès depuis 1830 et que chaque jour il en fait de nouveaux ; il y a à peine cinquante ans qu'Andral disait qu'on ne pouvait distinguer le carcinome de la gastrique chronique.

Enumérons les symptômes qui différencient le cancer de la dyspepsie, de la gastralgie, des gastrites aiguë et chronique et de l'ulcère simple.

La dyspepsie présente, comme signes caractéristiques, l'augmentation de la soif, le ballonnement du ventre, les bouffées de chaleur à la face, le vertige, le soulagement des douleurs par la magnésie ou le bicarbonate de soude. Le diagnostic différentiel est donc facile.

Il en est de même pour la gastralgie, qui s'accompagne de la conservation de l'appétit, des forces et de l'embonpoint, de crises très douloureuses pouvant amener la syncope ; l'apaisement des douleurs par l'application de la main à l'épigastre, la durée très longue de la maladie et ses rémissions sont des signes excellents.

Dans le cas où le carcinome débute brusquement avec ses symptômes principaux, on peut le confondre avec la gastrite aiguë ; mais l'erreur n'est pas de longue durée ; la gastrite présente trois signes importants de diagnostic : l'élévation de la température, l'accélération du pouls et l'heureuse influence du traitement.

La gastrite chronique et le cancer débutent souvent par les mêmes symptômes ; l'anorexie, les vomissements glaireux et alimentaires, les douleurs épigastriques spontanées ou provoquées par la pression sont communs aux deux affections. Certains individus atteints d'inflammation chronique de la muqueuse gastrique deviennent tristes et hypochondriaques et perdent leurs forces et leur embonpoint. Si le malade a fait des excès alcooliques, le diagnostic ne peut reposer sur des bases solides. Disons cependant que, dans la majorité des cas, les troubles digestifs du cancéreux sont moins prononcés, que

ses vomissements alimentaires se montrent plus tardivement et que la douleur à la pression est souvent moins vive ; remarquons aussi que le catarrhe stomacal amène, chez certains sujets, une légère élévation de température et occasionne chez d'autres le vertige, l'apathie, la tendance au sommeil, les palpitations ; en général, la gastrite chronique offre des rémissions sous l'influence du traitement. La présence d'une tumeur à l'épigastre, une phlegmatia alba dolens, la teinte jaune paille des téguments, lèvent tous les doutes et assurent le diagnostic de carcinome stomacal ; l'hématémèse est un signe différentiel d'une grande importance, malgré l'opinion contraire d'Andral. Dès qu'un vomissement de sang se produit, il faut le reconnaître, nous devons, dans presque tous les cas, circonscrire nos recherches entre le carcinome et l'ulcère rond ; c'est là une des questions de diagnostic différentiel les plus délicates, les plus difficiles de la clinique.

Rokitansky, après avoir fait l'étude de l'ulcère perforant, ajoute que les mêmes symptômes existent dans le cancer de l'estomac. L'ulcus rotundum commence par simuler une dyspepsie ou une gastrite ; plus tard, le malade a une hématémèse de sang pur ou couleur marc de café ; la douleur est localisée à l'épigastre et à la région dorsale, les signes cachectiques existent dans beaucoup de cas, etc.

Disons toutefois que, le plus ordinairement, l'ulcère rond se distingue du carcinome par la prédominence des vomissements de sang rouge, l'absence de tumeur à l'épigastre, les rémissions plus ou moins longues succédant à un régime sévère, l'aggravation que produisent les excès de nourriture ou de boissons, la moindre intensité de l'affaiblissement, la durée bien plus longue de la maladie, l'action du traitement. Trousseau nous apprend que, dans les cas douteux, une phlegmatia alba dolens survenant à la jambe ou au bras fait cesser tous les doutes et nous permet de nous prononcer définitivement pour l'existence d'un cancer de l'estomac. Souvenons-nous que l'ulcère simple est cinq fois plus commun que le carcinome, qu'il succède souvent à des excès alcooliques et qu'il se montre à tout âge.

N'oublions pas cependant que le cancer peut aussi présenter des

améliorations trompeuses et que l'on note parfois la disparition complète de tous les symptômes gastriques, comme s'il s'agissait d'un ulcus rotundum cicatrisé. Notre malade a présenté, nous ne saurions trop le répéter, ce silence absolu de son cancer stomacal pendant l'évolution de sa tuberculose.

Nous n'insisterons pas sur les nombreuses affections que peut simuler le carcinome dans des cas exceptionnels ; qu'il nous suffise de dire qu'il prend parfois les caractères d'un mal de Bright, d'une cirrhose, d'une lésion cardiaque. Ces formes du cancer latent ont été très bien étudiées par les docteurs F. Chesnel et Nougarède.

TRAITEMENT

Etudions successivement le traitement préconisé comme curatif et la médication symptomatique.

Le traitement réputé curatif est chirurgical ou médical.

Le premier est de date récente ; il a été proposé par Péan, Billroth, Bardenhenner, Czerny, Kuh. Il consiste dans la résection de la partie stomacale dégénérée et surtout dans l'ablation du pylore cancéreux. Les malades opérés sont morts le plus souvent des suites de cette témérité chirurgicale ; la récidive du néoplasme emporte bientôt les rares survivants. Nous rejetons donc entièrement cette médication.

Nous serons très bref dans l'étude du traitement médical curatif, qui est abandonné aujourd'hui. Disons toutefois que toute la pharmacopée a été employée : la ciguë, la belladone, l'iode, le mercure, le plomb, l'or, l'antimoine, le fer et bien d'autres préparations ont été préconisés.

Stork, Récamier et Prus se sont faits les défenseurs du traitement par la ciguë ; ils auraient obtenu des guérisons. Leurs observations ne sont pas concluantes, et nous ne reconnaissons à la ciguë qu'une action sédative assez prononcée. Notons aussi que Broussais usait largement

dans cette affection de la saignée, des sangsues à l'épigastre et de la diète. Ce traitement affaiblissait les malades sans arrêter le développement du cancer. Le traitement curatif doit donc être rejeté ; il est toujours inutile et souvent dangereux.

Nous sommes réduits à traiter les symptômes.

L'alimentation, suivant l'expression de Brinton, rend plus de services que toutes les drogues de la pharmacie. Les aliments de facile digestion, le lait, sont indiqués. Le médecin prescrira des repas fréquents, mais peu copieux. Si le carcinome siège à l'orifice cardiaque, empêche même le passage des liquides nutritifs dans l'estomac, nous aurons recours aux lavements de bouillon, de sang défibriné, etc.

L'anorexie sera combattue par les amers, la pepsine.

L'affaiblissement général réclame les toniques, le quinquina spécialement.

Les renvois acides exigent les alcalins (bicarbonate de soude et magnésie).

La douleur est calmée par l'opium à l'intérieur, les vésicatoires morphinés à l'épigastre, les injections hypodermiques de morphine, la ciguë, la belladone sont quelquefois utiles, surtout si l'on craint le morphinisme chez le cancéreux.

Les vomissements seront arrêtés par l'eau de seltz, les eaux gazeuses (Saint-Galmier, Vals, Vichy, etc.), les liquides glacés et l'application d'une vessie pleine de glace à l'épigastre ; la potion de Rivière peut être employée aussi, mais il ne faut pas oublier que dans certains cas elle peut irriter l'estomac.

Les hématémèses réclament l'usage de liquides acidulés et froids ; si cette médication est impuissante, nous emploierons les potions au perchlorure de fer, à l'eau de Rabel, le seigle ergoté, les astringents.

La constipation sera traitée par les lavements émollients ou purgatifs ; la diarrhée, par le laudanum, le sous-nitrate de bismuth, le ratanhia.

DEUXIÈME PARTIE

RAPPORTS DU CANCER DE L'ESTOMAC ET DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

CHAPITRE PREMIER

L'astronomie, la physique, la chimie, la physiologie, reposent sur la lutte incessante des forces entre elles, sur leur antagonisme perpétuel. La thérapeutique nous fournit aussi des exemples innombrables d'incompatibilité des médicaments entre eux ; elle nous apprend que le brome annule par ses propriétés sédatives l'action du thé, du café et de la noix vomique ; que l'atropine annihile les effets de l'ésérine sur la pupille ; que le curare est antagoniste de la strychnine ; que les toniques, le fer, sont incompatibles avec les altérants, les alcalins, l'antimoine, etc. En pathologie, nous observons chaque jour la confirmation de la règle de Hunter, admettant que l'économie ne peut être en même temps le siège que d'une action spécifique, et que deux actions ne peuvent exister ensemble dans la même partie ou la même constitution. Guéneau de Mussy a exprimé ces mêmes idées en ces

termes : « Quand une action morbide est fortement imprimée dans l'organisme, quand elle a modifié l'ensemble de la constitution, elle s'en empare, en quelque sorte, et la rend moins accessible aux actions du même ordre. » Ainsi, la rougeole et la variole n'évoluent pas l'une à côté de l'autre chez le même sujet; la première, pendant toute sa durée, impose silence à la seconde, et la variole ne commence à se manifester qu'après la guérison de la rougeole et est alors empreinte d'une grande bénignité. La phthisie et la scarlatine, la dothiénentérie et les fièvres éruptives s'excluent mutuellement. La vaccine préserve de la variole. Terminons ici cette longue digression en concluant que la clinique nous présente des cas nombreux d'antagonisme morbide. Etudions maintenant une des questions les plus controversées de la pathologie, et cherchons si cette loi d'incompatibilité s'applique aussi à la tuberculose et au carcinome.

Rokitansky admet qu'il existe entre les deux diathèses un antagonisme absolu. Le professeur de Vienne soutient que tout homme est soumis à l'influence de l'une des trois *crases*. Chaque crase amène à sa suite une série de maladies, mais empêche complètement l'invasion de l'économie par certaines affections. Les crases sont en lutte continuelle entre elles, elles se disputent sans cesse l'organisme humain ; après le combat nous devenons les esclaves de la crase triomphante. Ainsi le tubercule, relevant de la crase fibrineuse, et le cancer, soumis à la crase albumineuse, ne peuvent se montrer à la même époque chez le même sujet ; mais le même individu peut être tuberculeux dans sa jeunesse et dans sa vieillesse devenir cancéreux ; le rapport inverse n'existe pas. Plus tard, l'Ecole de Vienne, voyant que la théorie des crases est regardée par les médecins comme une pure fiction, modifie son hypothèse et donne à sa nouvelle doctrine de l'unité un cachet scientifique. D'après cette théorie, le tubercule et le cancer ont la même origine. Le globule tuberculeux est moins avancé dans son évolution que la cellule carcinomateuse et se transforme, dans quelques cas, en élément cancéreux. Ce dernier, une fois formé, ne peut subir aucun mouvement de régression pour redevenir globule tuberculeux ; en d'au-

tres termes, le tuberculeux est exposé à mourir cancéreux, mais un cancéreux ne succombera jamais à la phthisie.

Rokitansky prévoit que ses adversaires lui objecteront que la science possède des observations relatant la coïncidence de la tuberculose et du carcinome ; aussi déclare-t-il que ces faits, remontant au commencement du siècle, ne s'appuient pas sur l'examen microscopique des néoplasmes et sont par conséquent insuffisants pour ébranler sa loi d'incompatibilité.

En 1848, Lucien Corvisart présente à la Société anatomique de Paris l'observation d'une femme de cinquante-huit ans morte d'un cancer du foie et offrant des cavernes à chaque sommet. Broca, dans le rapport qu'il fait sur ce cas, s'exprime ainsi : « Cette coïncidence du cancer et des tubercules chez un même sujet est fort rare. M. Andral ne l'avait pas encore remarqué ; M. Cruvelhier, dans son cours, a dit n'en connaître que fort peu d'exemples, et M. Rokitansky a cru pouvoir, il y a quelques années, poser entre ces deux affections une loi formelle d'antagonisme.

» Afin d'éviter toute objection, M. Corvisart a soumis à l'examen microscopique les diverses productions pathologiques trouvées sur sa malade. Nous avons constaté qu'il y avait réellement des tubercules dans le poumon. On ne peut donc plus admettre l'incompatibilité entre les tubercules et le cancer, mais il n'en est pas moins important de noter, à cause de leur rareté, les cas où cette coïncidence existe. » Quatre ans après, Broca, dans son mémoire sur le cancer, soutient la même opinion et ajoute qu'il a observé cinq fois des tubercules sur une centaine de cancéreux. Le carcinome est, dit-il, compatible avec toutes les maladies ; celles-ci n'ont pour lui ni affinité ni répulsion.

Lebert, dans son *Traité des maladies cancéreuses*, nous apprend qu'il a observé la coïncidence des deux diathèses onze fois sur cinquante-sept cas. Il a noté exactement dans quel état se trouvaient les tubercules pulmonaires, pour déterminer si les deux affections se sont développées en même temps ou à des périodes différentes. Cinq fois sur les onze, il a remarqué que les tubercules étaient de date assez

récente et avaient évolué en même temps que le carcinome stomacal ; il termine en citant les résultats des autopsies de cancéreux de Prague, où sur vingt-six sujets on a trouvé un cas de tuberculose évoluant en même temps. Il conclut que les faits qu'il vient de citer donnent un nouveau démenti à cette prétendue loi de l'incompatibilité, et que les tubercules et le cancer de l'estomac se rencontrent rarement ensemble, mais ne s'excluent point.

Barth soutient que l'affection cancéreuse et l'affection tuberculeuse ne suivent pas chez le même individu une marche parallèle et ne se développent pas en même temps.

Perroud admet, dans son ouvrage de *la Tuberculose*, que les différences si marquées qui existent entre le tubercule et le cancer semblent légitimer l'antagonisme des deux diathèses. Il prétend que dans les cas où les observateurs ont noté la coexistence des deux maladies, les tubercules étaient dus à des *causes purement locales* et n'étaient nullement diathésiques.

Cruvelhier combat énergiquement la coïncidence de ces deux affections constitutionnelles. « Je n'ai jamais vu, dit-il, la maladie cancéreuse et la tuberculisation strumeuse marcher simultanément, car ces deux lésions n'appartiennent pas à la même époque de la vie. »

Guéneau de Mussy, tout en reconnaissant l'authenticité des cas de coïncidence, affirme que ces deux diathèses, si différentes dans leurs origines, dans leur marche et leurs tendances, ont été regardées avec raison comme antagonistes.

En 1853, en Allemagne, Carl Martius soutient à Erlangen sa thèse, intitulée : *de la Combinaison du cancer et du tubercule.* Nous trouvons dans ce travail neuf observations de cancer de l'estomac et de phthisie.

Concato se déclare partisan convaincu de l'incompatibilité. Haldane, en 1859, et bientôt après Goodwin, publient des mémoires pour démontrer la coïncidence de deux maladies.

Brinton, au contraire, approuve les idées de l'Ecole de Vienne en ces termes : « Quant au rapport du cancer et du tubercule, l'examen

attentif des lésions de la maladie qui nous occupe maintenant semble en faveur de l'opinion de Rokitansky. La gravité relative des deux maladies et les âges très différents auxquels elles se montrent, suffisent, en dehors de toute autre circonstance, à expliquer pourquoi le cancer apparaît après le tubercule, mais jamais le tubercule après le cancer. La présence si fréquente des dépôts tuberculeux anciens dans les poumons d'individus morts de cancer est un fait incapable d'établir aucune relation essentielle entre les deux affections et qui ne détruit en rien l'opinion de Rokitansky. » Brinton ajoute plus bas : « Dans le plus grand nombre des cas, ces prétendus dépôts tuberculeux qui accompagnent le cancer de l'estomac ne sont en réalité que des dépôts cancéreux en rapport avec la maladie principale. »

Béhier, dans ses *Leçons cliniques*, insiste longuement sur la coexistence possible des deux diathèses et conclut que les cas où une lésion carcinomateuse et une affection tuberculeuse ont marché de front ne sont pas rares actuellement.

MM. Germain Sée, Gallard, Peter, Croizet, Gouin et Mariano Orellana reconnaissent aussi la coïncidence des deux diathèses, et citent des observations à l'appui de leur opinion.

M. Fernand Chesnel pense, au contraire, que les tubercules observés dans les poumons des sujets morts d'un cancer de l'estomac ne sont que des dépôts carcinomateux secondaires.

Comme nous le montre ce résumé des idées des auteurs qui se sont occupés de cette importante question, il existe deux camps dans la science : celui qui reconnaît l'antagonisme et celui qui admet la coïncidence. Dans le premier groupe, nous trouvons bien des noms célèbres : Rokitansky, Brinton, Cruvelhier, Guéneau de Mussy. Dans le deuxième, on y compte aussi des hommes éminents : Broca, Lebert, Béhier, G. Sée, etc.

CHAPITRE II

Nous allons examiner successivement les objections que les partisans de l'incompatibilité des deux diathèses font aux observations contraires à leur théorie. Brinton, nous l'avons vu, dit que ce qu'on appelle la tuberculose pulmonaire dans les cas de carcinome stomacal n'est qu'un cancer secondaire du poumon. Il faut reconnaître cependant que la phthisie présente des symptômes différents de ceux du carcinome intrathoracique. Nous n'énumérerons pas ici les signes par lesquels la tuberculose manifeste sa présence, ils sont connus ; mais nous pensons qu'il est utile de résumer la symptomatologie du cancer pulmonaire.

Dans cette affection, nous observons des douleurs thoraciques vagues, une dyspnée allant souvent jusqu'à la suffocation, une toux coqueluchoïde. L'expectoration est muqueuse et présente fréquemment une teinte gelée de groseille ; elle est parfois fétide, d'après Bégin. Les hémoptysies sont plus ou moins répétées et n'ont rien de caractéristique. Les auteurs notent aussi la dilatation des veines du thorax et du cou, l'œdème de ces mêmes régions et des membres supérieurs. La matité à la percussion est absolue, la respiration est trachéale ou tubaire. On a remarqué chez certains malades une rétraction très nette de la paroi thoracique du côté affecté, la couleur jaune paille du cancéreux, ainsi que l'apparition de nodules sous-cutanés carcinomateux sont des signes très importants.

Disons en terminant qu'il est exceptionnel que les tumeurs encéphaloïdes du poumon arrivent à la période de ramollissement ; les lésions ne sont pas habituellement bilatérales et ne se localisent pas au sommet. La plupart de ces symptômes sont pathognomoniques ; aussi pensons-nous que, dans la majorité des cas, notre diagnostic différentiel sera établi sur des bases solides durant la vie du malade.

L'autopsie permet de contrôler facilement le diagnostic. Le cancer pulmonaire, soit qu'il se présente sous la forme en masse ou d'une tumeur intrathoracique, soit qu'il offre l'aspect de petits noyaux d'un blanc jaunâtre, donne issue, par la section et la pression, à un suintement d'un liquide louche, miscible à l'eau.

Nous n'insisterons pas longuement sur l'examen histologique. Il est généralement superflu de se livrer à des recherches microscopiques ; cependant si le praticien se trouve en présence d'un cas douteux, le microscope permettra de juger définitivement la question. Nous repoussons absolument les idées de Brinton à ce sujet ; l'histologie a fait des progrès considérables depuis l'époque où le médecin anglais soutenait que le microscope est impuissant à éclairer le diagnostic. Les cellules du carcinome sont rondes ou polygonales, volumineuses, contiennent un gros noyau et des nucléoles très évidents. Les éléments du tubercule sont, au contraire, petits, irréguliers, et ressemblent à des cellules jeunes, à celles du pus ou de la lymphe ; la dégénérescence caséeuse envahit rapidement le tubercule et est exceptionnelle dans le cancer pulmonaire.

L'objection de Brinton doit donc être complètement abandonnée.

Les partisans de l'antagonisme des deux diathèses font une autre objection. Si le carcinome stomacal, disent-ils, n'empêche pas toujours l'apparition d'une affection tuberculeuse, il faut reconnaître cependant qu'il existe une vive répulsion entre ces deux maladies. Nous savons, ajoutent-ils, que le cancer de l'estomac enlève environ un homme sur trente-sept, d'après Marc d'Espine, et que la tuberculose pulmonaire fait mourir le cinquième ou le sixième des humains. Ces deux affections, si communes et si répandues, devraient donc coexister

dans un grand nombre de cas ; si Lebert et Broca n'ont trouvé la coïncidence que cinq à six fois pour cent, nous le devons donc à l'incompatibilité des deux diathèses.

Broca répond à cette objection en ces termes : « Afin de voir ce qu'il y a de vrai dans cette assertion, j'ai soumis au calcul des probabilités les chances de cette coïncidence. Sur cent cas de mort par les tubercules, il y en a quatre-vingts avant quarante ans et vingt seulement après cet âge ; au contraire, sur cent cas de cancer, il y en a quatorze avant quarante ans et quatre-vingt-six après cet âge. J'ai donc cherché quelles étaient les chances de la coïncidence avant quarante ans et puis après quarante ans ; en additionnant les deux résultats, j'ai trouvé que, sur un million d'autopsies, ce qui suppose neuf mille cas de cancer, on ne devait rencontrer que cinq cents fois la coïncidence de cette affection avec les tubercules, ce qui conduit à une moyenne d'un peu plus de 5 pour cent. Or c'est à peu près la proportion qui résulte de mes relevés et de ceux de Lebert. »

Ainsi donc si la phthisie et le carcinome ne se trouvent pas souvent réunis chez le même sujet, on ne peut invoquer l'antagonisme de ces deux maladies comme cause ; mais cette rare coïncidence provient de ce que ces deux diathèses sévissent à des périodes de la vie très différentes : la tuberculose dans le jeune âge et l'adolescence, le cancer dans l'âge mûr et la vieillesse.

Les partisans de l'opinion de Rokitansky soutiennent encore que dans les cas où la coexistence des deux affections a été notée, les observateurs et Lebert lui-même ont remarqué que les lésions tuberculeuses avaient eu une marche très lente. Ils disent avec Guénau de Mussy que : « Le travail le plus actif, le plus vivant et en même temps le plus fatalement destructeur impose silence à l'autre, le condamne à l'inertie, étouffe ses tendances expansives, si prononcées quand il est seul. » Selon eux, le cancer ferait donc sommeiller le tubercule. Il est universellement reconnu, dirons-nous aux adeptes de l'Ecole de Vienne, que la tuberculose évolue avec une grande rapidité chez les jeunes sujets. Si le cancéreux est jeune, la phthisie marche à pas de

géant; en quelques mois, elle conduit le malade au tombeau. L'autopsie nous révèle l'existence de lésions considérables du parenchyme pulmonaire; nous observons de vastes cavernes au sommet, de nombreux tubercules, etc. L'histoire de notre sujet confirme entièrement notre opinion. Mais nous savons aussi que la durée de la tuberculose peut atteindre cinq à dix ans et même plus chez les individus arrivés à l'âge mûr. Par conséquent, nous devons admettre que c'est grâce à leur âge avancé que les cancéreux échappent à une phthisie galopante ou subaiguë.

CHAPITRE III

Les diathèses cancéreuse et tuberculeuse peuvent donc, comme il résulte de l'étude du chapitre précédent, coïncider chez le même sujet. Nous allons actuellement déterminer, d'après les statistiques des auteurs, la plus ou moins grande fréquence de réunion de ces deux affections suivant le siège du carcinome.

Lebert a noté que la phthisie s'observe chez un quart des malades succombant à un cancer de l'œsophage, chez un douzième des individus présentant un carcinome stomacal, chez un quatorzième des femmes enlevées par une dégénérescence spécifique de l'utérus, et chez un dix-septième seulement des cas de tumeurs malignes du sein. Gouin cite des chiffres presque identiques ; la proportion, d'après ses recherches, serait d'un cinquième dans le cancer œsophagien, d'un onzième dans le néoplasme stomacal, et d'un seizième dans le carcinome de la matrice.

Pourquoi donc le cancer de l'œsophage et de l'estomac coexiste-t-il si souvent avec la tuberculose pulmonaire ? Y a-t-il simple coïncidence ou bien un rapport de causalité entre ces deux maladies ? Si nous lisons l'ouvrage de Bennett, nous apprendrons que : « Lorsqu'on examine attentivement les circonstances étiologiques au sein desquelles la phthisie prend le plus souvent naissance, on demeure convaincu que c'est aux troubles des fonctions digestives, à une assimilation incomplète des aliments qu'il faut presque toujours attribuer le développement de

cette maladie. » Le Dr Gaulard insiste aussi, dans sa thèse d'agrégation, sur l'influence des affections stomacales et reconnaît que le cancer, l'ulcère rond de l'estomac, la dyspepsie, toutes les maladies, en un mot, qui troublent les fonctions hémapoiétiques, sont des causes de tuberculisation.

M. Peter dit que la loi d'antagonisme des diathèses n'est pas seulement renversée par les faits, mais que ceux-ci démontrent, au contraire, que le cancer peut, suivant sa localisation, appeler une autre diathèse, la tuberculose.

Les troubles digestifs sont regardés par les médecins comme des causes puissantes de phthisie ; disons toutefois qu'un auteur éminent, M. Pidoux, se refuse absolument à considérer la dyspepsie comme faisant partie de l'étiologie de la tuberculose : « Il y a, dit-il, dans l'admission de ce mode étiologique, une vue de l'esprit, un abus de la physiologie bien plus qu'un fait d'observation. » Et il ajoute : « La cirrhose, le cancer de l'estomac, voilà encore des affections organiques qui appauvrissent à fond la nutrition et réduisent cette fonction à son bas point, sans que pendant des mois de durée de ces phthisies *secundum vim vocis* on voit apparaître le moindre symptôme de phthisie tuberculeuse. »

Nous répondrons à M. Pidoux que c'est l'âge avancé de la grande majorité des cancéreux qui les met à l'abri de la tuberculose dans un certain nombre de cas. Son opinion, ne s'appuyant sur aucune observation, doit donc être rejetée entièrement.

D'après nous, le carcinome stomacal empêche la nutrition de se faire dans les conditions normales ; les vomissements, les hématémèses, les douleurs, épuisent considérablement le malade, diminuent sa force de résistance. Le cancer n'agit pas comme affection diathésique dans cette circonstance ; il n'agit que par les troubles digestifs qu'il produit, par les hémorrhagies qu'il cause, etc. Le tubercule, si la diathèse existe héréditairement dans la famille, trouve alors dans cet organisme délabré un terrain propre à son évolution. Si les lits voisins de celui du cancéreux appartiennent à des phthisiques, la contagion

est facilitée par l'état de déchéance du malade. Mais le plus souvent (et notre sujet, dont les ascendants n'étaient pas tuberculeux, en fournit un exemple), nous devons admettre que les troubles gastriques sont la seule cause de la tuberculose pulmonaire.

CHAPITRE IV

Il est donc actuellement établi que les deux diathèses peuvent coexister chez le même sujet sans s'influencer dans leur marche et leur durée. Pouvons-nous admettre aussi qu'il existe entre ces affections un rapport intime? Reconnaîtrons-nous qu'elles se transforment réciproquement, que dans la même famille le tubercule succède au cancer et vice versâ ?

Le Dr Burdel (de Vierzon), qui s'est beaucoup occupé de cette question, s'exprime en ces termes : « Depuis longtemps, je tenais de mon père et j'observais moi-même que fréquemment les cancéreux engendraient des phthisiques. Ces faits, déjà très nombreux, s'accumulaient plutôt comme des coïncidences que comme des rapports de cause à effet, lorsque les travaux de M. Pidoux sur les phthisies issues de maladies chroniques dégénérées, telles que l'arthristisme, l'herpétisme, la scrofule, m'ouvrirent les yeux et me convainquirent que ce n'était rien moins que par hasard que je voyais si souvent les cancéreux procréer des phthisiques. » Il conclut que sur cent parents cancéreux, soixante-quinze ont des enfants phthisiques ; d'après les observations qu'il a prises dans sa clientèle, soixante-dix-neuf cancéreux ont donné le jour à deux cent trente-sept tuberculeux ; trente-deux cancéreux ont produit vingt cancéreux, quatre-vingt-dix-sept tuberculeux et quarante-cinq individus indemnes. Ces chiffres, dit l'auteur, démontrent que le cancer cause très fréquemment la phthisie chez les descendants ;

les cancéreux procréent donc plus de tuberculeux que les parents phthisiques eux-mêmes. En résumé, le cancer et le tubercule ne forment qu'une seule maladie allotropique ; dans quelques cas, le tubercule n'est qu'une forme de cancer.

M. Pidoux commente l'opinion du Dr Burdel dans ses *Etudes sur la phthisie*, et s'exprime ainsi : « Les personnes qui liront ce mémoire seront frappées, comme moi, du rapport de filiation qui existe entre les deux maladies dont il s'agit. Bien qu'ils soient l'un et l'autre des maladies ultimes, le cancer et la phthisie ne peuvent être mises sur le même rang. Le cancer est moins ultime, accuse une dégradation organique beaucoup moins avancée que la phthisie ; il est aussi vivant que la phthisie est nécrobiotique. Qu'on ne s'étonne donc pas si le tubercule est encore un produit éloigné et héréditaire de la dégénération du cancer ; c'est dans l'ordre. On ne cite pas la filiation inverse, celle du cancer par la phthisie.

» Je peux ajouter, aux exemples déjà si nombreux cités par le Dr Burdel, un contingent déjà sérieux de faits semblables à ceux sur lesquels il a fondé son excellent mémoire, et il n'est pas d'année où ce nombre n'augmente. »

Guéneau de Mussy professe la même opinion.

Broca dit, au contraire, qu'il y a entre le tubercule et le cancer une simple coïncidence, mais qu'il n'existe jamais de relation de cause à effet.

MM. Vigla et Maurice Raynaud sont d'avis que la phthisie est si commune et si fréquemment acquise qu'il n'est pas étonnant que la tuberculose se montre dans les familles des cancéreux ni plus ni moins que dans les autres.

Raynaud invoque aussi un argument à priori signalé par le docteur Luys dans sa thèse d'agrégation : « Si les maladies héréditaires, dit-il, étaient aptes à se métamorphoser, elles auraient dû subir déjà un nombre incalculable de modifications successives, par suite d'une série de croisements variés jusqu'à l'infini et de combinaisons enchevêtrées les unes dans les autres, qui auraient fini depuis longtemps

par voiler complètement leur physionomie première et rendre leurs caractères méconnaissables aux yeux des observateurs de notre époque. »

Il ajoute que les grandes affections morbides, telles que la goutte, la scrofule, la tuberculose, le cancer, etc., sont telles aujourd'hui qu'elles étaient autrefois.

Les observations présentées par M. Burdel sont trop concises et trop peu nombreuses pour être admises.

Nous concluons, avec notre savant Maître M. le professeur Grasset, que les diathèses ne se transforment pas les unes dans les autres ; nous ne pouvons donc reconnaître à l'heure actuelle aucune liaison, aucune parenté entre le tubercule et le cancer.

OBSERVATIONS

Observation première (1)

Un homme de soixante-deux ans présente depuis longtemps une grande susceptibilité catarrhale et depuis sept mois de l'anorexie, des douleurs épigastriques, de l'amaigrissement. A son entrée à la Charité, il offre une anasarque ; il tousse et ses crachats sont purulents. L'autopsie révèle l'existence de tubercules ramollis et de granulations grises dans le poumon gauche ; cavernules au sommet droit; tumeur fongueuse et ulcérée de la petite courbure.

Observation II (2)

G..., grand buveur d'eau-de-vie, présente des troubles gastriques depuis un an et une tumeur à l'épigastre depuis six mois. Amaigrissement, affaiblissement général, pas de nausées ni de vomissements, peau anémique, légèrement jaunâtre à la face. Cancer de l'estomac près du pylore, généralisé au foie, au pancréas, à l'épiploon ; tubercules crus et crétacés dans le poumon gauche.

(1) Bayle. Recherches sur la phthisie pulmonaire, p. 214 à 217. Paris, 1810.
(2) Sauné. In Bulletins de la Soc. anat. de Paris. 1838, p. 293 à 297.

Observation III (1)

Un homme de quarante-six ans offre à l'autopsie des tubercules pulmonaires récents et un cancer du pylore.

Observation IV (2)

Un sujet de soixante et un ans, vomissant cinq à dix heures après le repas, très amaigri, tousse beaucoup et présente les signes de la phthisie. Ses poumons sont criblés de tubercules et son pylore est atteint de dégénérescence squirrheuse.

Observation V (3)

Un individu de quarante-sept ans, très affaibli, a une tumeur épigastrique et offre des vomissements noirs dans les derniers jours de sa vie. Ses poumons sont tuberculeux; le pylore est occupé par un encéphaloïde de 2 centimètres et demi d'épaisseur; des noyaux cancéreux existent dans le mésentère et l'épiploon.

(1) Bérault. In Bulletins de la Soc. anat. 1847, p. 10 et 11.
(2) Notta. In Bulletins de la Soc. anat. 1847, p. 84.
(3) Moutard-Martin. In Bulletins de la Soc. anat. 1875, p. 55.

Observation VI (1)

Un serrurier de vingt-neuf ans, alcoolique, se plaint depuis un an de troubles digestifs, de douleurs épigastriques et de vomissements ; l'amaigrissement est très marqué ; il n'existe pas de tumeur. Craquements humides au sommet droit ; hématémèses pendant les trois dernières semaines. Il offre un squirrhe de la face antérieure, du pylore, du duodénum, de l'épiploon, du pancréas, du foie et de la capsule surrénale droite ; tout le parenchyme pulmonaire présente une lymphangite cancéreuse. On observe une caverne au sommet droit et des granulations grises dans les lobules voisins.

Observation VII (2)

Une femme de soixante-deux ans tousse depuis trois mois ; elle a maigri et éprouve de l'anorexie, des douleurs d'estomac et de la constipation ; on aperçoit une tumeur à l'épigastre. Craquements secs, respiration soufflante et matité aux sommets des poumons ; hématémèses couleur marc de café dans la dernière période de son existence. Cancer ulcéré du col de l'utérus et du vagin ; estomac bilobé et cancéreux à la partie rétrécie ; granulations tuberculeuses aux sommets.

Observation VIII (3)

Un homme de quarante ans a des troubles digestifs et présente une tumeur épigastrique depuis un an ; il tousse depuis six mois et son expectoration est

(1) Troisier. In Bulletins de la Soc. anat. 1873, p. 600 à 604.

(2) L. Croizet. Coïncidence et rapport du tubercule avec le cancer. Thèse de Paris, 1875, p. 23.

(3) Peter. Clinique médicale. T. II, p. 30 et 31.

purulente. Cavernules et craquements humides aux deux sommets. La nécropsie montre des cavernules, des tubercules et des granulations dans le parenchyme pulmonaire et un encéphaloïde de la grande courbure de l'estomac.

Observation IX (1)

Un acrobate ayant passé des excès les plus immodérés aux privations les plus dures ressent des troubles gastro-intestinaux, et depuis quelque temps les signes de la cachexie ont apparu ; il n'y a pas de tumeur à l'épigastre. Vomissements immédiatement après le repas, sentation de plénitude le long de l'œsophage. Le cathétérisme démontre la présence d'un rétrécissement de ce conduit. La toux s'ajoute bientôt à tous ces phénomènes ; on ne perçoit que des râles de bronchite. On trouve à l'autopsie une petite tumeur cancéreuse du pylore, un double rétrécissement carcinomateux de l'œsophage et une infiltration tuberculeuse des poumons.

Observation X (2)

La femme L..., cinquante-trois ans, offre depuis dix mois de l'anorexie ; elle a maigri et se plaint d'une douleur à l'hypochondre gauche ; les vomissements glaireux du début sont remplacés par des vomissements alimentaires. On observe une tumeur à gauche de l'ombilic. Elle tousse depuis environ deux mois. L'auscultation fait entendre des craquements dans la fosse sus-épineuse gauche et de la rudesse de la respiration à droite. Le pylore présente un vaste ulcère cancéreux ayant détruit toutes les tuniques stomacales ; le poumon gauche offre des adhérences au sommet et des cavernules ; la partie inférieure

(1) T. Gallard. Clinique médic. de la Pitié. Paris, 1877, p. 188 à 195.

(2) Gouin. Coïncidence et rapport de la tuberculose pulmonaire et du cancer. Paris, 1878, p. 27 à 32.

du lobe supérieur est atteinte d'infiltration caséeuse, le lobe inférieur est farci de granulations grises ; le poumon droit a quelques tubercules crétacés au sommet et est atteint de pneumonie catarrhale.

Observation XI (1)

Une femme de vingt-six ans se plaint de vomissements sanguins très abondants ; elle attribue la tumeur qu'elle a à l'épigastre à une contusion datant de neuf ans. Les vomissements, l'anorexie, les troubles digestifs s'amendent pendant deux mois et demi. Ces mêmes phénomènes renaissent ensuite et s'accompagnent de signes très nets de tuberculose. L'affaiblissement augmente, la douleur gastrique persiste, et il se forme des cavernes aux deux sommets. L'autopsie n'a pas été faite.

Observation XII (2)

A..., âgé de cinquante-huit ans, présente tous les symptômes du carcinome stomacal, sauf la tumeur, ainsi que les signes de tuberculose pulmonaire à la troisième période.

Observation XIII (3)

Un homme de quarante-trois ans, syphilitique depuis l'âge de dix-huit ans, offre, à son entrée à Lariboisière, des symptômes de tuberculose et a des

(1) Peter. Clinique médic., p. 31 à 34.
(2) Croizet. Thèse de Paris. 1875, p. 26 à 29.
(3) Dusaussay. In Bulletins de la Soc. anat. 1876, p. 388 à 391.

digestions laborieuses et de la constipation ; il existe en même temps un affaiblissement général et une anasarque. L'autopsie révèle l'existence de noyaux cancéreux sur le diaphragme, l'épiploon, etc. Vers la petite courbure, l'estomac présente une tumeur ayant détruit le diphragme en partie. Le poumon droit est sain, le gauche présente une petite caverne et des tubercules ramollis. L'examen histologique démontre que le foie est atteint d'inflammation interstitielle syphilitique.

Observation XIV (1)

M..., soixante-trois ans, présente durant sa maladie des régurgitations fréquentes, des hématémèses, de l'anorexie, une grande diminution des forces, la dysphagie et la teinte jaune paille. A l'autopsie, on trouve un carcinome colloïde de 5 centim. de long, occupant la dernière portion de l'œsophage et s'étendant jusqu'au cardia ; une tumeur de même nature, offrant 4 à 5 centimètres d'épaisseur, siège à la région cardiaque de l'estomac ; les ganglions de la petite courbure sont dégénérés ; le cœur est petit ; les poumons sont infiltrés de granulations tuberculeuses.

Observation XV (2)

M. Moutard-Martin présente à la Société anatomique de Paris l'observation d'une femme de soixante-onze ans chez qui il a observé un cancer de la grande courbure, l'emphysème pulmonaire, la cirrhose et la dégénérescence graisseuse du foie et des tubercules aux deux sommets des poumons.

(1) Lanceraux. Atlas d'anatomie pathologique. Paris 1871, p. 32.
(2) Bulletins de la Soc. anatom. 1877, p. 471.

Observation XVI (1)

Un homme de trente-deux ans, diabétique, est atteint, à son entrée à l'hôpital, d'un dégoût insurmontable pour la viande ; il est très maigre et ses téguments ont une teinte terreuse. Une bronchite se déclare peu après ; elle offre bientôt tous les symptômes d'une affection tuberculeuse. Le malade succombe à une phthisie subaiguë. A l'autopsie, on remarque un grand nombre d'abcès des reins, un cancer du pylore, des noyaux cancéreux dans le foie, la rate, les ganglions du hile du foie, etc. ; on note aussi l'existence de trois cavernes du volume d'une olive au sommet et au bord antérieur du poumon gauche et de nombreux tubercules autour de ces excavations.

(1) Richer. In Bull. de la Soc. anat. 1877. P. 488 à 490.

CONCLUSIONS

1° Le cancer de l'estomac a existé de tout temps ; il n'a été différencié de l'ulcère rond que depuis les travaux de Baillie et de Cruvelhier. C'est une maladie diathésique très commune.

2° Les trois variétés du carcinome peuvent se montrer dans l'estomac ; le développement du néoplasme commence, dans quelques circonstances, par le tissu conjonctif sous-muqueux et les vaisseaux ; dans ces cas, les glandes ne sont envahies par les éléments cancéreux que secondairement ; parfois même elles s'atrophient à la suite de la pression prolongée des cellules carcinomateuses.

3° Le cancer ne se montre que chez les individus prédisposés par l'hérédité, l'âge. Les excès alcooliques, l'abus du tabac, etc., sont les causes déterminantes les plus importantes.

4° Assez souvent, le carcinome offre des symptômes variés (anorexie, douleurs, vomissements glaireux et alimentaires , hypochondrie, hématémèses, mélæna, tumeur à l'épigastre, cachexie). La période initiale du cancer offre fréquemment les mêmes signes que la gastrite chronique. Mais l'hématémèse doit faire circonscrire les recherches entre l'ulcère rond et le cancer ; la présence d'une tumeur à l'épigastre, l'âge avancé, le peu de durée de la maladie, une *phlegmatia alba dolens* doivent faire diagnostiquer un carcinome stomacal. Cependant, il ne faut pas oublier qu'un ou plusieurs

symptômes du carcinome peuvent manquer ; le cancer est alors latent et n'est découvert qu'à l'autopsie.

5° Sa marche offre exceptionnellement des arrêts momentanés ; sa durée est en moyenne de douze à quatorze mois ; le pronostic est toujours fatal et le traitement n'est que symptomatique.

6° Le cancer peut coexister chez le même sujet avec la tuberculose pulmonaire. Les troubles gastriques qui l'accompagnent peuvent même être la cause de la phthisie. La coïncidence de ces deux diathèses est rare parce qu'elles se manifestent à des époques différentes de la vie. Elles ne s'influencent pas dans leur marche et ne se transforment pas l'une dans l'autre.

Vu,
Le Président-Censeur,
ESTOR.

Vu bon à imprimer.
Le Doyen,
CASTAN.

Permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie,
G. CHANCEL.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Andral. — Clinique médicale. Paris, 1834, t. II, p. 31, étc.

Arnould. — Nouv. él. d'hygiène. Paris, 1881, p. 974.

Baillie (Matthew). — The morbid Anatomy of somes of the most important parts of the human body. London, 1797.

Bardenhenner. — Die drainirung der Peritonealhole. 1881.

Barras. — Traité des gastralgies et des entéralgies. 1829, p. 278. — Supplément à ce traité. Paris, 1838, p. 185 à 191. — Précis analytique sur le cancer de l'estomac, 1842.

Baumès. — Précis sur les diathèses. Paris, 1853, p. 377 et 378.

Bayle. — Vues théoriques et pratiques sur le cancer. — Journal de méd. de Corvisart, Le Roux, Boyer, t. V, p. 72.

Bayle et Cayol. — Art. Cancer du Dict. des Sc. méd. Paris, 1812, t. III, p. 669.

Béhier. — Conf. de cliniq. méd. de la Pitié. Paris, 1864, p. 86.

Billroth. — Wiener medizinische Wochenschrift, 1881, nos 10 et 11. — Wiener Mediz. Zeistschrift, 1867, nos 72 et 73.

Bizzozero et Ch. Firket. — Manuel de microscopie clinique. 1885, p. 206.

Blanchard. — De difficili aut imped. alim. e ventr. in duod. progress. Lugduni Batavorum. 1787.

Boll (Franz). — Das Princip des Wachstums. — Eine anatomische untersuchung. 1876.

Bonnet (Georges). — Du cancer de l'estomac au point de vue de la symptomatologie et du diagnostic. Th. de Montpellier, 1867, p. 49, etc.

Brinton. — Traité des mal. de l'estomac, édit. française. Paris, 1870, p. 180, 268 à 274, 285, 294 et suiv., 324, 325, 337.

Broca. — Mém. de l'Acad. de méd. T. XVI, p. 453 et suiv., 693, 694, année 1852. — Traité des Tumeurs. Paris, 1866, t. I, p. 156, 175, etc.

Broussais.— Histoire des Phlegmasies ou des inflam. chroniques. Paris, 1816, t. I, p. 19 à 27, t. II, p 192, 193, 338.

— Bulletins de la Soc. anat. de Paris. 1842, p. 146 à 148, 1848, p. 41 à 47, 1850, p. 135, 1851, p. 238 et suiv., 1852, p. 296 à 298.

Burdel. — Le tubercule issu du cancer, mém. lu à l'Acad. de méd. le 6 avril 1869. — Second mém., lu le 22 avril 1879 à l'Acad.

Castan. — Traité des diathèses. Paris 1867, p. 361, etc.

Cayol. — Cliniq. méd. suivie d'un traité des mal. cancéreuses. Paris, 1833.

Chaillou. — Nat. et généralis. des tumeurs cancéreuses. Th. de Paris 1865, passim.

Chardel (Fréd.) Monogr. des dégénérations skirrheuses. Paris, 1808, p. 87, 136, etc.

Chatin. — In Lyon médical. 1869, p. 436.

Chesnel. — Etude Cliniq. du cancer latent de l'est. Th. de Paris, 1877, passim.

Cloquet. — Bull. de la Soc. de la Faculté de méd. Paris, n° 7.

Cornil et Ranvier. — Man. d'histologie pathologique, 1884, t. I, p. 217, t. II, p. 299, 300, etc.

Coudour. — Du tabac. Th. de Montpellier, 1872, p. 74.

Cripps (Harrison). — Méd. times and gazette, 14 mai 1881.

Croizet. — Coïncidence et rapport du tubercule avec le cancer. Th. Paris, 1875, p. 5 et 12.

Cruvelhier. — Anat. patholog. X^e livr. 1830, XX^e livr. 1835. — Revue méd., février. 1838. — Traité d'anat. pathol. génér., t. V. Paris, 1864, p. 254 et 265.

Cullingsworth. — Case of cancer in infant six weecks old. (Brit. med. journ., 1877, t. II).

Czerny. — Centralblatt für chirurgie. 3 sept. 1881.

Damaschino.— Etiologie de la tuberculose. Th. d'agrég. Paris 1872, p. 159.— Malad. des voies digestives. Paris 1880, p. 559, 560, 565, etc.

Debelut. — Contrib. à l'étude des adhérences dans le cancer de l'estomac. Th. de Paris, 1877, p. 18.

Desfosses. — Etud. anat. et critiq. de la théorie épith. du cancer. Th. Paris, 1881.

D'Espine (Marc). — In Annal. d'hygiène. 1840, t. XXIII, p. 5 et suiv., 1847, t. XXXVIII, p. 23.

Dezoteux et Valentin. — Traité hist. et prat. de l'inoculation. An VIII p. 249, 250.

Dittrich. — In Prager Vierteljahrschrift. 1846.

Doutrelepont. — In Virchow's Arch. Bd. XLV, 4 Heft. 1869.

Fenger. — Analyse in Revue des sc. méd. de Hayem. 1875, t. VI, p. 463.

Gaillardon. — De la douleur dans le cancer de l'est. Th. Paris 1879, p. 37.

Galien. — De loc. aff. lib. VI.

Gallard. — Cliniq méd. de la Pitié. Paris 1877, p. 192.

Gaulard. — De l'infl. de la gross. sur la tub. Th. ag. Paris, 1880, p. 13.

Gouin. — Coïncidence et rapport de la tub. pulm. et du cancer. Th. Paris, 1878, p. 15 et 16, etc.

Goujon. — Th. Paris 1866.

Grasset. — Art. Diathèse du Dict. encyc. des sc. méd. de Dechambre. Paris, 1884, t. XXIX, p. 247.

Griesinger. — Arch. für Prakt. Heilk. 1854.

Guéneau de Mussy. — Cliniq. méd. Paris, 1875, t. I, p. 153 et suiv., t. II, p. 155.

Guès. — Art. Tabac du Dict. de méd. et de chir. prat. de Jaccoud, t. XXXV, p. 10. Paris, 1883.

Heurtaux (de Nantes). — In Dict. de Jaccoud, t. VI, p. 187 à 190. Paris, 1867.

Hippocrate. — Œuv. compl., trad. de Littré, t. VII, p. 111 et 113. Paris 1851.

Hunter. — Œuv. compl., édit. française de Richelot, 1839, t. II, p. 156.

Hyvert, — De l'inoc. cancér. (exp. nouv.). Th. Montpellier, 1872, passim.

Jaccoud. — Trait. de Path. Int. 1883, t. II, p. 575 et suiv., 780 et suiv.

Jolly. — Le tabac et l'absinthe, 1875, p. 87 à 90-93, etc.

Kuh. — Langenbeck's Archiv. für Klinishe Chirurgie, 1882, t. XVII, p. 789.

Lancereaux. — Atlas d'Anat. path. 1871. — Art. Alcoolisme du Dict. encycl., t. II, p. 625 et 626.

Langenbeck. — Schmidt's Jahrbücher der Gesammten. Medicin. Bd. 25. Leipzig, 1840.

Laycock et Wright. — London's medical gazette, n^{lle} série, t. III, 1846. — Analyse in Ann. d'hyg., 1847. t. XXXVIII, p. 337.

Lebert. — Traité des mal. cancéreuses, 1851, p. 466, 487, 504, 521, 522, 543, 546, 885, etc. — Anat. Pathol., t. I, p. 306, t. II, p. 164. — Ueber Magenkrebs in atiologischer und Pathogenetischer Beziehung (D. Arch. für Klin. med., 1877).

Ledoux-Lebard. — In Archives gén. de méd. de Duplay. Avril 1885, p. 413 et suiv.

Leven. — Mal. de l'estomac, 1879, p. 236, 247, etc.

Luton. — Art. Estomac, Dict. de Jaccoud, t. XIV, p. 243. Paris, 1871.

Malherbe. — In Progrès médical de 1881, p. 847.

Mérat. — Art. Tabac du Dict. des sc. méd., t. LIX, p. 192-194. Paris, 1821,

Millard. — In Bull. de la Soc. anat., 1856, t. Ier, 2e série, p. 506.

Morgagni. — De sedibus et causis morborum, t. V, Epist. XXIX.

Naumann. — Handbuch der medicin. Klinik. Berlin, 1830.

Nedopil. — Carcinom und Infection. (Wien. Médizinische Jahrbücher, 1883, 1 Heft., p. 123).

Niemeyer. — El. de Path. int. et de thérap., t. I, p. 588, 1865.

Nougarède. — Contrib. à l'étude du cancer lat. de l'est. Th. Montpellier, 1882.

Orellana. — De l'infl. des mal. du t. digest. sur le dével. de la tuberc. pul. Th. Paris, 1880, p. 37 et 51.

Ossian-Bonnet. — Du diagnostic dans quelques cas de cancer. Th. Paris, 1874, p. 17.

Paul (Constantin). — De l'antagonisme en path. et en thérap. Th. ag. Paris, 1866, p. 29, 56, 62.

Péan. — In Gaz. des hôpitaux. 27 mai 1879, p. 473.

Pécholier. — In Dict. de Dechambre. T. XV, p. 271 et 278.

Péter. — Cliniq. méd. Paris, 1879, t. II, p. 29.

Petzold. — Von der verhart. und verengerung des untern magenmundes. Dresde, 1787.

Pidoux. — Etudes gén. et pratiq. sur la phthisie. 1873, p. 72 à 74-167.

Prus. — Rech. sur la nat. et le trait. du Cancer. Paris, 1828.

Raynaud (Maurice). — Art. diathèse. Dict. de Jaccoud. Paris, 1869, t. XI, p. 434 à 436.

Récamier. — Recherches sur le traitement du cancer. T. I, 1829.

Rindfleisch. — Handbuch der Pathol. Gewebelehre, 1878.

Rokitansky (Carl). — In Oester. medic. Jahrb. 1839, t. XVIII, cah, 2, — manual of pathological anatomy in four volumes. London, 1854, vol, I, p. 313, 314, etc.

Salle. — Etiologie de la carcinose. Th. Paris, 1877. Passim.

Sappey. — In Comptes-Rendus de l'Acad. des sc., oct. 1883, p. 733, t. 97.

Stoll. — Médecine pratiq. traduct. de J. Terrier, Bordeaux. 1re partie, p. 287. 3e partie, p. 324.

Thus (Gust.). — Du Cancer de l'estomac. Th. Montpellier, 1857, p. 20.

Trousseau. — Cliniq. de l'Hôtel-Dieu. Paris, 1868, t. III, p. 67, 68, 88, 92, 95.
Valleix et Lorain. — Guide du médecin praticien. Paris, 1866, t. II, p. 686 et suiv., t. III, p. 618, 669 à 692, etc.
Vigla. — In Bullet. Acad. de méd., 1870, p. 463 et suivantes.
Virchow. — Pathol. des tumeurs, édit. française. 1867, t. I, p. 34 et suiv.
Williamson. — Case of scirrhus of stomach (Edimburg month. journ. of med. sc., 1841.
Wyss.— Blatter für Gesundheistspflege. Zurich, 1872-74.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

INTRODUCTION. VII

PREMIÈRE PARTIE

ÉTUDE HISTOLOGIQUE ET CLINIQUE DU CARCINOME STOMACAL

CHAPITRE I^er^. — Observation personnelle 11
CHAPITRE II. — Historique 20
Fréquence du carcinome stomacal. 22
CHAPITRE III. — Anatomie pathologique. Etat des tuniques stomacales. 23
Siège du carcinome. 25
Variétés du cancer stomacal 25
Mode de développement du cancer de l'estomac. 28
Nature et contagion du cancer. 30
Volume de l'estomac. 31
Adhérences de l'estomac. 32
Cancers secondaires et état des autres organes. . 33
CHAPITRE IV. — Etiologie du cancer de l'estomac. 35
Causes prédisposantes. 35
Causes occasionnelles. 39
CHAPITRE V. — Symptomatologie. Période initiale. 44
Deuxième période. 51
CHAPITRE VI. — Marche et terminaison. 54
Durée. Pronostic. 55
Diagnostic. 56
Traitement. 59

DEUXIÈME PARTIE

RAPPORTS DU CANCER DE L'ESTOMAC ET DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

CHAPITRE I^er^. 61
CHAPITRE II. 66
CHAPITRE III. 70
CHAPITRE IV. 73
OBSERVATIONS. 76
CONCLUSIONS. 83
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE. 85

FIG. I

Grossissement — 500 Diamètres.

FIG. II.

Grossissement — 200 Diamètres

FIG. III

Grossissement — 950 Diamètres

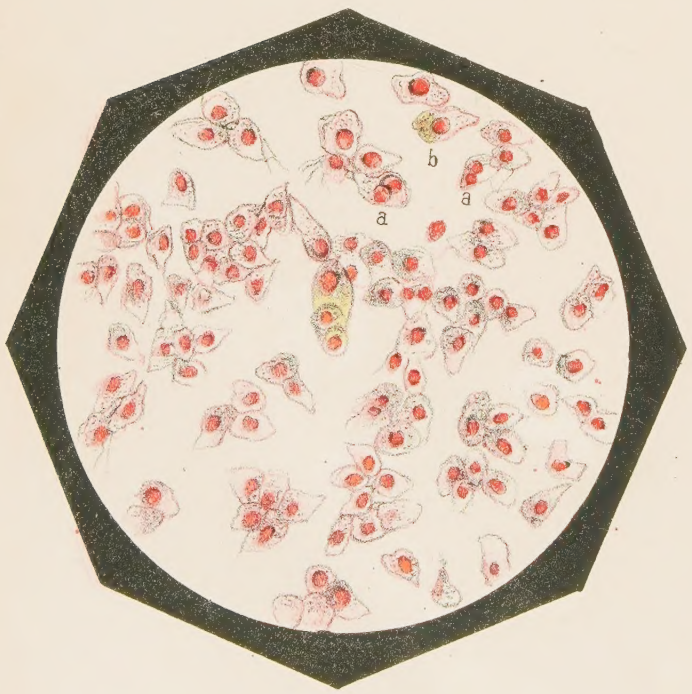
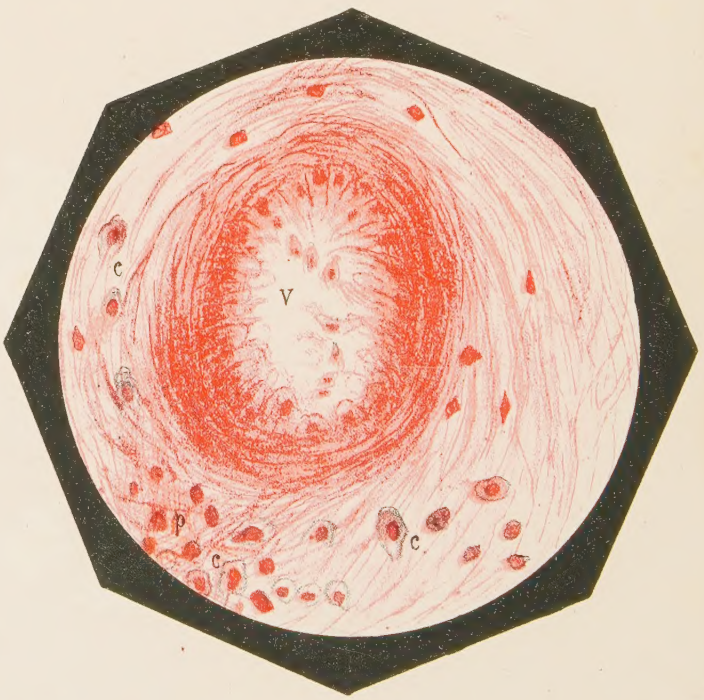


FIG. IV.

Grossissement — 700 Diamètres



P. Courrent

Lith. Boudouin. Place Croix-de-Fer. 5. Montpel.

Figure I de la Planche

a. — Glande à peu près saine.
b. — Glande enflammée.
c. — Masse cancéreuse née dans le tissu conjonctif.
d. — Cellule cancéreuse.
e. — Cellule du tissu conjonctif.

Figure II

a. — Deux masses de tissu conjonctif presque sain.
b. — Vaisseau sanguin sclérosé.

Figure III

a. — Cellule cancéreuse à deux noyaux.
b. — Cellule à un noyau offrant des granulations jaunâtres.
Les autres cellules présentent des formes variées et des granulations brunâtres.

Figure IV

c. — Cellule cancéreuse.
p. — Périartérite (cellules embryonnaires).
v. — Vaisseau sclérosé. — L'endothélium a proliféré. — Cellules endothéliales cubiques. — Quelques-unes sont cylindriques.